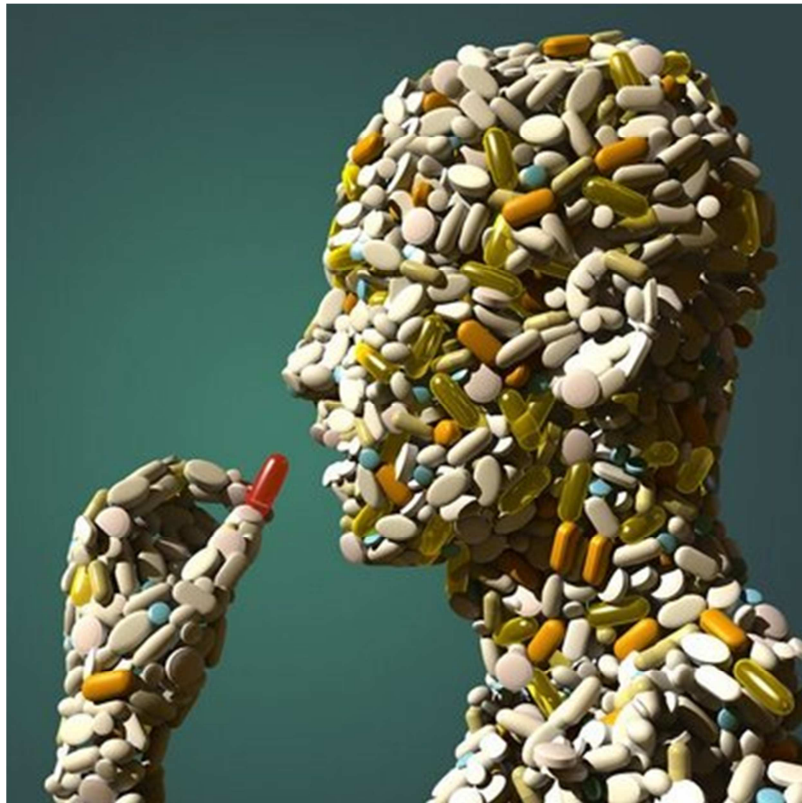


**ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ



**ΔΕΒΕΤΖΟΓΛΟΥ ΘΕΟΔΩΡΑ-ΕΛΕΝΗ
ΡΟΚΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ**

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ: ΦΟΥΝΤΟΥΚΗ ΑΝΤΙΓΟΝΗ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Το θέμα που θα αναλυθεί στην παρούσα εργασία αφορά την προσωπική κατάχρηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές, για την αντιμετώπιση των δικών τους παθολογικών και επώδυνων καταστάσεων. Η σωστή χρήση των φαρμάκων είναι μια σοβαρή υπόθεση και η ευθύνη της χορήγησης τους αφορά τον γιατρό και τον φαρμακοποιό. Πολλές φορές όμως οι ίδιοι οι νοσηλευτές πειραματίζονται προσπαθώντας να βοηθήσουν είτε τον εαυτό τους είτε τον διπλανό τους παίρνοντας φάρμακα χωρίς ιατρική συμβουλή.

Το υλικό της παρούσας εργασίας συγκεντρώθηκε κυρίως από το internet και από ποιοτική ερευνά σε ένα τυχαίο δείγμα 30 νοσηλευτών. Η συλλογή των πληροφοριών διήρκησε 5 μήνες ενώ η συγγραφή 1 μήνα.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	(Σελ. 1 - 18)
A. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ	(Σελ. 1 - 7)
B. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ	(Σελ. 8 - 13)
Γ. ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ	(Σελ. 14 - 18)
2. ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΘΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ	(Σελ. 19 - 22)
2.1 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ	(Σελ. 23)
2.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ	(Σελ. 24)
2.3 ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ	(Σελ. 25 - 26)
3. ΣΚΟΠΟΣ	(Σελ. 27)
4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	(Σελ. 27)
5. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	(Σελ. 28)
6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΑΠΕΙΛΕΣ	(Σελ. 28)
7. ΔΕΙΓΜΑ	(Σελ. 29)
8. ΜΕΘΟΔΟΣ-ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	(Σελ. 29)
9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	(Σελ. 30)
10. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	(Σελ. 31 - 39)
11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	(Σελ. 40 - 45)
12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ	(Σελ. 45)
13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ - ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ	(Σελ. 46 - 47)
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρακάτω εργασία έχει σαν θέμα την κατάχρηση των φαρμάκων από τους νοσηλευτές. Η «πολυφαρμακία», όρος της σύγχρονης εποχής, αποτελεί θέμα προβληματισμού από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ενώ παράλληλα δημιουργεί ένα ερωτηματικό σχετικά με το πώς διαχειρίζονται το ζήτημα αυτό οι επαγγελματίες του χώρου, όχι ως προς την υγεία των ασθενών αλλά σε ότι αφορά την δική τους υγεία και τη χρήση των φαρμάκων για τους εαυτούς τους.

Η παρούσα προσέγγιση του θέματος περιλαμβάνει την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας καθώς και μια ποιοτική έρευνα που αφορά τον πόνο και την λήψη φαρμάκων από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα νοσοκομεία Παπαγεωργίου και Ιπποκράτειο και αφορούσε το νοσηλευτικό προσωπικό τους. Υπάρχει ποικιλία στις απαντήσεις που δόθηκαν, αξίζει όμως να σημειωθεί ότι πολύ μεγάλο ποσοστό από το δείγμα μας συμφωνεί στο ότι ο πιο συχνός πόνος που αντιμετωπίζει στον επαγγελματικό του χώρο είναι ο πονοκέφαλος και ότι η αντιμετώπισή του γίνεται με την λήψη φαρμάκων λόγω της εύκολης πρόσβασής τους σε αυτά.

Ο περισσότερος κόσμος δεν είναι ενημερωμένος για τα φάρμακα που παίρνει, απλά καταφεύγει σε αυτή τη λύση, δηλαδή στη λήψη του φαρμάκου, για να ανακουφιστεί από τον πόνο. Όπως όμως προκύπτει και από την έρευνα ούτε οι νοσηλευτές έχουν αρκετές γνώσεις για την χρήση, την δράση αλλά και τις συνέπειες των φαρμάκων. Με αποτέλεσμα να κάνουν κατάχρηση φαρμάκων.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός:

Σκοπός της μελέτης είναι η καταγραφή και η μελέτη των απόψεων των νοσηλευτών όσον αφορά την κατάχρηση φαρμάκων και τις αιτίες που οδηγούν σε καταχρήσεις.

Υλικό-Μέθοδος:

Για την επίτευξη αυτού του στόχου έγινε μη πειραματική μελέτη με τη χρήση ερωτηματολογίου. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 30 νοσηλευτές από 2 νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (Ιπποκράτειο και Παπαγεωργίου). Το ερωτηματολόγιο περιείχε 10 ερωτήσεις και αφορούσαν την χρήση-χορήγηση και κατάχρηση των φαρμάκων από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Αποτελέσματα:

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, οι συμπεριφορές των νοσηλευτών μέχρι στιγμής αποτελούν πρόσφορο έδαφος στο να δημιουργηθεί και να αναπτυχθεί εθισμός στα φάρμακα που με τόση ευκολία καταναλώνουν οι νοσηλευτές.

Συμπεράσματα:

Το συμπέρασμα την έρευνας που προκύπτει είναι πως με την έλλειψη κατάλληλων ελέγχων στα νοσοκομεία, η πρόσβαση στα φάρμακα γίνεται άμεση και η κατανάλωση ανεξέλεγκτη και αυθαίρετη. Άρα δεν δίνεται η δυνατότητα στον εργασιακό χώρο να προφυλαχθεί ένας εθισμένος νοσηλευτής και μόνη του διέξοδος θα είναι αν οι συνάδελφοι του μπορέσουν να τον προστατέψουν από την εξάρτηση.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.ΚΑΤΑΧΡΗΣΗ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κατάχρηση φαρμάκων αποκαλείται η χρήση μιας φαρμακευτικής ουσίας με σκοπό όχι θεραπευτικό αλλά ψυχοδραστικό. Αναφέρεται στην κατάχρηση νομίμως χορηγούμενων φαρμάκων αλλά για σκοπό διαφορετικό από τον προβλεπόμενο. Στις περισσότερες περιπτώσεις η εν λόγω φαρμακευτική ουσία λαμβάνεται σε υπερβολική ποσότητα.

Η κατάχρηση φαρμάκων συνοδεύεται από μεγάλο αριθμό κινδύνου. Ορισμένοι εξ' αυτών είναι:

- Κίνδυνος για την προσωπική ασφάλεια.
- Βλάβη στην υγεία
- Ετεροκαταστροφική (προς τους οικείους) ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.

Παρ' όλες τις αρνητικές επιπτώσεις οι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση φαρμάκων είναι συνήθως πλήρως παραδομένοι στον εθισμό τους και τείνουν να παραβλέπουν το πρόβλημα τους ή τη βλάβη που προκαλούν οι ουσίες στον εαυτό τους. Μερικοί μάλιστα πιστεύουν ότι δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα. Αυτή η υποσυνείδητη άρνηση είναι ένα από τα γνωρίσματα της τοξικοεξάρτησης.¹

A. Παρατηρήσεις στο γενικό πληθυσμό.

Η σωστή χρήση των φαρμάκων από ασθενείς είναι σοβαρή υπόθεση και η ευθύνη της ενημέρωσης τους βαραίνει τον φαρμακοποιό και τον γιατρό τους. Όμως και οι ίδιοι οι ασθενείς πολλές φορές πειραματίζονται προσπαθώντας να βοηθήσουν είτε τους εαυτούς τους είτε τον διπλανό τους παίρνοντας φάρμακα χωρίς ιατρική συμβουλή. Το χειρότερο συμβαίνει όταν ταυτόχρονα λαμβάνουν και άλλα φάρμακα χωρίς να έχουν τις απαραίτητες γνώσεις. Το φαινόμενο αυτό ονομάζεται πολυφαρμακία και μπορεί να οδηγήσει στην κατάχρηση. Οι σοβαρές συνέπειες της πολυφαρμακίας στηρίζονται στις αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων.

Η πολυφαρμακία αρχίζει να γίνεται πρόβλημα για τον ίδιο τον ασθενή αλλά ταυτόχρονα και για τον γιατρό που συνταγογραφεί φάρμακα. Πολλές φορές οι ασθενείς ζητούν συγκεκριμένο φάρμακο επειδή το λαμβάνει κάποιος από το οικείο περιβάλλον τους ή επειδή διάβασαν ή άκουσαν για το φάρμακο αυτό. Ο φόβος όμως της αλληλεπίδρασης των δραστικών ουσιών που περιέχουν τα φάρμακα σε όλες τους τις μορφές, χάπια, υπόθετα, ενέσιμα, σταγόνες, κάψουλες, καθώς και οι ανεπιθύμητες ενέργειες ταλαιπωρούν τον ασθενή στο να γίνει καλά αλλά και να συμμορφωθεί στο απαιτούμενο δασολογικό σχήμα για την αντιμετώπιση της πάθησης του.

Πολυφαρμακία λοιπόν, είναι η ταυτόχρονη χρήση πολλών φαρμάκων στην θεραπεία μιας νόσου. Υποδηλώνοντας αδιάκριτη, μη επιστημονική ή υπερβολική συνταγογράφηση. Αναφέρεται στα προβλήματα που μπορούν να προκύψουν σε έναν ασθενή που παίρνει περισσότερα φάρμακα από όσα πραγματικά χρειάζεται. Οι ασθενείς που κινδυνεύουν περισσότερο από την μάστιγα της πολυφαρμακίας είναι οι ηλικιωμένοι, ψυχιατρικοί και παιδιατρικοί ασθενείς καθώς και αυτοί που λαμβάνουν 5 ή περισσότερα φάρμακα, ασθενείς που επισκέπτονται συχνά τον γιατρό και τον φαρμακοποιό, άτομα με συνυπάρχουσες παθήσεις και τέλος εκείνοι με προβλήματα όρασης και πνευματικής λειτουργίας. Η πολυφαρμακία είναι συχνή στον ηλικιωμένο

πληθυσμό καθώς αποτελεί το 13% του συνολικού πληθυσμού και καταναλώνει το 30% όλων των συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Οι ηλικιωμένοι έχουν την τάση να παίρνουν πολλά φάρμακα. Όσο αυξάνεται ο αριθμός των φαρμάκων αυξάνεται και ο κίνδυνος ανεπιθύμητων αντιδράσεων και ελλιπούς συμμόρφωσης προς τις οδηγίες. Στην ελλιπή συμμόρφωση συμβάλουν το απαγορευτικό κόστος των φαρμάκων και τα περίπλοκα σχήματα θεραπείας. Το πρόβλημα επιβαρύνεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς επισκέπτονται πολλούς γιατρούς, τους οποίους τις περισσότερες φορές δεν ενημερώνουν σωστά για τα φάρμακα που τους χορηγούν με αποτέλεσμα στην λήψη πολλών φαρμάκων ή την επανειλημμένη λήψη ενός φαρμάκου. Η υπερκατανάλωση φαρμάκων μπορεί να οδηγήσει σε αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα της συνταγής που έδωσε ο γιατρός, σε ανεπιθύμητες ενέργειες ακόμα και σε δηλητηρίαση. Πολλά συμπτώματα από τα οποία υποφέρουν οι ασθενείς δεν απαιτούν θεραπεία και συχνά η μείωση λήψης φαρμάκων οδηγεί σε βελτίωση. Το 80% των ασθενών παίρνουν φάρμακα μόνοι τους, χωρίς την συνταγογράφιση γιατρού και το ποσοστό αυτό αυξάνεται με την ηλικία, ενώ το 10%-20% αυτών εισάγονται στα νοσοκομεία λόγω παρενεργειών των φαρμάκων.

Η κατάχρηση παυσίπονων είναι συνηθισμένο φαινόμενο στο γενικό πληθυσμό κυρίως στους ασθενείς που παρουσιάζουν επαναλαμβανόμενες εμπειρίες πόνου οι οποίοι μάλιστα πολύ συχνά καταφεύγουν σε προσπάθειες αυτοθεραπείας.²

Πόνος και αναλγητικά

Ο πόνος είναι προστατευτικός μηχανισμός του οργανισμού, που παρουσιάζεται σε περίπτωση βλάβης των ιστών του οργανισμού και υποχρεώνει το άτομο να αντιδράσει ώστε να απομακρύνει το αλγογόνο ερέθισμα. Η μικρότερη ένταση ερεθίσματος που θα διεγείρει το αίσθημα του πόνου όταν το ερέθισμα εφαρμοστεί για μεγάλη χρονική περίοδο ονομάζεται ουδός πόνου. Δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές των ουδών του πόνου, ωστόσο κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά στον πόνο. Ο πόνος προκαλεί τόσο σωματικές όσο και ψυχικές αντιδράσεις. Οι ψυχικές αντιδράσεις στον πόνο είναι ψυχικά περίπλοκες και εκδηλώνονται με αγωνία, ανησυχία, κλάμα, κατάθλιψη, ναυτία και υπέρμετρη μυϊκή διέγερση του σώματος ακολουθώντας ανάλογη διαβάθμιση των ερεθισμάτων του πόνου. Ο πόνος δεν γίνεται αισθητός μετά την εγκατάσταση της ιστικής βλάβης αλλά μόνο το διάστημα που πραγματοποιείται η βλάβη.

Ο πόνος διακρίνεται σε:

- ✓ Αντανακλαστικό πόνο.
- ✓ Σπλαχνικό πόνο
- ✓ Γαργαλισμό και κνησμό.

Ο πόνος είναι μια εκδήλωση στην οποία συμμετέχει η εμπειρία. Είναι συνεπώς υποκειμενικός, ενώ η αίσθησή του παραμένει στην μνήμη του ατόμου που τον ένιωσε. Πολλοί άνθρωποι αναφέρουν ότι πονούν χωρίς κάποιο παθοφυσιολογικό πρόβλημα. Σε αυτές τις περιπτώσεις ο πόνος οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια. Σε όλες τις εκδηλώσεις πόνου ο ασθενής έχει την ανάγκη να ανακουφιστεί με οποιοδήποτε μέσο και κυρίως με αναλγητικά φάρμακα.

Ο σωματικός πόνος αφορά στους μυς, στα δόντια, το κρανίο και τις αρθρώσεις. Από την άλλη ο σπλαχνικός πόνος σχετίζεται με τα μη σκελετικά μέρη του σώματος όπως το στομάχι, το έντερο και την κύστη. Άλλου είδους

πόνος είναι η νευρολογία που ακολουθεί την πορεία ενός νεύρου και η νευρίτιδα, δηλαδή, η φλεγμονή ενός ή περισσότερων νεύρων.³

Αναλγησία ονομάζεται η αναστολή του πόνου χωρίς όμως να επηρεάζεται η συνείδηση του ασθενή όπως θα συνέβαινε με την αναισθησία. Τα αναλγητικά είναι φάρμακα που απαλύνουν τον πόνο, μολονότι συνεχίζει να υπάρχει η αιτία που τον προκαλεί.

Η σύγχρονη φαρμακολογία κατατάσσει τα αναλγητικά σε 2 μεγάλες κατηγορίες:

1. Στα φάρμακα που έχουν ως χημικό συστατικό μια σύνθεση που ονομάζεται στεροειδής δακτύλιος, δηλαδή τα στεροειδή αναλγητικά.
2. Στα φάρμακα που δεν είναι στεροειδικού τύπου, δηλαδή τα μη στεροειδή αναλγητικά.

Η βασική διαφορά των στεροειδών από τα μη στεροειδή αναλγητικά είναι κυρίως ότι τα πρώτα προκαλούν φαρμακευτική εξάρτηση, καθιστώντας τον οργανισμό υποχείριο που δεν μπορεί να διακόψει την χρήση τους. Συνεπώς, όσο περνάει ο καιρός ένα άτομο υποχρεώνεται να αυξήσει τη δοσολογία για να έχει το ίδιο αποτέλεσμα. Σε περίπτωση που τα διακόψει εμφανίζονται πολύ δυσάρεστα συμπτώματα, τα λεγόμενα συμπτώματα στέρησης που δεν σταματούν αν το άτομο δεν πάρει την δόση του.

Τα *οπιοειδή αναλγητικά* χρησιμοποιούνται για την ανακούφιση ενός ατόμου από το πόνο που νιώθει σε σοβαρές καταστάσεις όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ο καρκίνος ή το άλγος ύστερα από εγχείρηση.

Η μορφίνη είναι το μητρικό φάρμακο αυτής της ομάδος και προέρχεται από το όπιο. Συγγενές φάρμακα είναι η κωδεΐνη, η ηρωίνη, η δεξτροπροποξοφαίνη, η ναλβουμίνη, η πετιδίνη, η μεθαδόνη, η πενταλοκίνη, η φαιντανύλη καθώς και ο συνδυασμός τους με άλλα αναλγητικά. Τα συγκεκριμένα αναλγητικά φάρμακα χορηγούνται με ιατρική συνταγή ναρκωτικών και για ορισμένη περίοδο. Τα μη στεροειδή αναλγητικά έχουν παράλληλα και αντιφλεγμονώδη και αντιπυρετική δράση.

Όταν ένα κύτταρο υποστεί βλάβη δημιουργούνται σε αυτό αλγοογόνες και άλλες ουσίες που μαζί με ενώσεις ή ιόντα προκαλούν τα συμπτώματα της φλεγμονής. Οι κυριότερες από αυτές είναι οι προσταλαγιδίνες. Για να συνδεθούν όμως παρεμβαίνει ένα ένζυμο η κυκλοξυγενάση. Τα μη στεροειδή αναλγητικά αναστέλλουν την κυκλοξυγενάση παρεμποδίζοντας την παραγωγή προσταλαγιδίνων. Για τον λόγο αυτό η συγκεκριμένη κατηγορία φαρμάκων έχει αναλγητικές, αντιπυρετικές και αντιφλεγμονώδεις ιδιότητες και χρησιμοποιείται ευρύτατα ως θεραπευτική αγωγή. Τα παλαιότερα και πιο ασφαλή φάρμακα από αυτά είναι το ακετυλοσαλικυλικό οξύ και η παρακεταμόλη.

Τα αναλγητικά φάρμακα που γίνονται αντικείμενο κατάχρησης είναι τα ισχυρά παυσίπονα και τα ναρκωτικά αναλγητικά. Ορισμένα ναρκωτικά αναλγητικά είναι οπιούχα. Πρόκειται για φάρμακα που παράγονται από ένα εκχύλισμα της «παπαρούνας του οπίου». Μερικά άλλα ναρκωτικά αναλγητικά είναι τεχνητές χημικές ουσίες. Τα αναλγητικά ιδίως τα οπιούχα έχουν υψηλή πιθανότητα να αποτελέσουν αντικείμενο κατάχρησης. Η ηρωίνη είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο οπιούχο αναλγητικό, αλλά και η μορφίνη καθώς και τα αντιβηχικά σιρόπια που περιέχουν κωδεΐνη. Πολλά συνθετικά οπιούχα αποτελούν επίσης αντικείμενο κατάχρησης συνήθως ως εναλλακτική λύση στην ηρωίνη.

Η μεθαδόνη που κανονικά χορηγείται ως υποκατάστατο της ηρωίνης έχει τα τελευταία χρόνια διαδοθεί πολύ ως αντικείμενο κατάχρησης και είναι υπεύθυνη για πολλούς θανάτους. Τα οπιούχα και τα συνθετικά αναλγητικά έχουν χαλαρή επίδραση στο χρήστη όταν χορηγούνται ενδοφλεβίως. Αυτό που βιώνει ο χρήστης εκείνη την στιγμή είναι ένα άμεσο και ισχυρό συναίσθημα ευχαρίστησης, χαλάρωσης και απαλλαγής από το άγχος. Οι πιθανές δυσάρεστες επιδράσεις είναι μεταξύ άλλων ανησυχία, ναυτία και εμετός. Η διάθεση του χρήστη μπορεί να κυμανθεί από το αίσθημα επαγρύπνησης στην υπνηλία. Στις μεγάλες δόσεις ο χρήστης δεν μπορεί να ξυπνήσει. Η αναπνοή επιβραδύνεται τόσο πολύ που απειλείται η ζωή του και μπορεί να επέλθει ακόμα και ο θάνατος.

Όταν τα αναλγητικά λαμβάνονται υπό μορφή σιροπιού, ταμπλέτας ή κάψουλας τα αποτελέσματα είναι παρόμοια με τα ενέσιμα αναλγητικά αλλά λιγότερο έντονα και χωρίς ακραίες επιδράσεις.⁴ Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι κοινά, μη συνταγογραφούμενα παυσίπονα φάρμακα, μπορούν να προκαλέσουν εθισμό μόλις μέσα σε 3 ημέρες με φαρμακευτικά σκευάσματα που περιέχουν την ουσία κωδεΐνη. Τέτοια παυσίπονα χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση πονοκεφάλων, οσφυαλγιών και πόνων περιόδου.

Δεκάδες χιλιάδες άτομα γίνονται εξαρτημένα από αυτά, πολλές φορές χωρίς να το συνειδητοποιούν, ενώ μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν εθισμό έχουν οι γυναίκες. Η ανησυχία για τα ολοένα αυξανόμενα κρούσματα «κρυφής εξάρτησης» έχει οδηγήσει στην αναγγελία μιας σειράς μέτρων για την αντιμετώπιση του προβλήματος:

- Από το 2010 όλες οι συσκευασίες αναλγητικών θα αναγράφουν εμφανώς ότι τα φάρμακα αυτά «Μπορούν να προκαλέσουν εξάρτηση. Για χρήση 3 ημερών το πολύ».
- Τα παυσίπονα θα διατίθενται σε συσκευασίες των 32 χαπιών το πολύ (σε αντίθεση με συσκευασίες που κυκλοφορούν σήμερα και περιέχουν έως και 100 χάπια), ενώ στο φύλλο οδηγιών χρήσης θα επαναλαμβάνονται οι προειδοποιήσεις για την πιθανότητα εξάρτησης.
- Στις διαφημίσεις των αναλγητικών δεν θα πρέπει να αναφέρεται ότι τα φάρμακα αυτά καταπολεμούν κρυολογήματα ή βήχα. Αντίθετα, θα πρέπει να αναφέρεται μόνο ότι «αντιμετωπίζουν μέτριο έως οξύ πόνο»..

Τα φάρμακα αυτά, παρότι αποτελεσματικά όταν χρησιμοποιούνται στις συνιστώμενες δοσολογίες, είναι πολύ εύκολο να οδηγήσουν σε εξάρτηση, καθώς αφενός η κωδεΐνη είναι οπιοειδής ουσία ανάλογη της μορφίνης και της ηρωίνης, αφετέρου μπορούν να διατίθενται χωρίς ιατρική συνταγή. Οι ασθενείς, μετά την προσωρινή ανακούφιση που επέρχεται από τη λήψη τους,

μπορεί να βρεθούν, χωρίς να το συνειδητοποιήσουν, να παίρνουν το ένα χάπι μετά το άλλο, αφού με το πέρασμα του χρόνου η δράση των παυσίπονων εξασθενεί και έτσι αυξάνουν σταδιακά τον αριθμό των χαπιών προκειμένου να επιτύχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα.

Την ίδια στιγμή ρισκάρουν την υγεία τους, καθώς η υπερδοσολογία των φαρμάκων αυτών μπορεί να προκαλέσει μεταξύ άλλων γαστρική αιμορραγία, προβλήματα με το ήπαρ και κατάθλιψη.

Επειδή επικρατεί η εντύπωση ότι τα φάρμακα αυτά είναι ακίνδυνα, μπορεί πιο εύκολα να οδηγηθεί το άτομο στην υπερβολική λήψη τους και επιπλέον όταν πια το άτομο έχει φτάσει στην εξάρτηση συχνά δεν μπορεί να απεξαρτηθεί ή δεν ξέρει τον τρόπο.

Η συμβουλή των ειδικών στο θέμα αυτό είναι πως εφόσον διαπιστωθεί ότι γίνεται κατάχρηση παυσίπονων ή ότι κάποιο άτομο έχει εθιστεί σε αυτά, θα πρέπει να απευθυνθεί αμέσως στο γιατρό ή στον φαρμακοποιό του, να του εξηγήσει χωρίς ενδοιασμούς την κατάστασή του και αυτός θα τον καθοδηγήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματος.^{5,4}

B. Παρατηρήσεις στον ιατρικό πληθυσμό

Για τους περισσότερους ιατρούς, η επιλογή της Ιατρικής αντιπροσωπεύει μια επιτυχημένη καριέρα, όχι για όλους όμως. Για ορισμένους αντανakλά ένα ταξίδι στην απόγνωση. Σημαντικός αριθμός ιατρών υποφέρει από ψυχικά νοσήματα, ενίοτε πολύ σοβαρά. Σαν επαγγελματική κατηγορία, οι ιατροί υπόκεινται σε υψηλό βαθμό ψυχολογικής πίεσης, η οποία σχετίζεται και με τις αυξημένες επαγγελματικές προσδοκίες που η κοινωνία διατηρεί απέναντί τους.

Οι ιατροί παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοκτονιών και κάνουν συχνότερα κατάχρηση ουσιών σε σχέση με άλλους επαγγελματίες αλλά και συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό. Αντιθέτως, η κατάθλιψη δεν φαίνεται να πλήττει συχνότερα τους ιατρούς. Σχετικά με τους ιατρούς που εκδηλώνουν κατάθλιψη, μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν οι ιατροί που βρίσκονται στο πρώτο μεταπτυχιακό έτος, οι γυναίκες ιατροί, ενώ, αναφορικά με τις ειδικότητες, οι αναισθησιολόγοι, οι γενικοί ιατροί και οι ψυχίατροι. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι ελαφρά μεγαλύτερος για τους άνδρες ιατρούς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, για τις γυναίκες όμως είναι πολύ μεγαλύτερος. Οι ιατροί επιτυγχάνουν συχνότερα όταν επιχειρούν να αυτοκτονήσουν σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, πιθανότατα επειδή έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε δυνητικά θανατηφόρες ουσίες και γνωρίζουν καλύτερα την ανθρώπινη ανατομία και φυσιολογία.

Ο αλκοολισμός πλήττει επίσης σοβαρά τους ιατρούς. Οι ιατροί είναι περισσότερο πιθανό να κάνουν κατάχρηση ουσιών, όπως βενζοδιαζεπίνες, οπιοειδή και αμφεταμίνες, κυρίως λόγω εύκολης πρόσβασης σε αυτές, ενώ ιατροί σπάνια αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματα της ψυχικής τους υγείας και όταν το κάνουν, καθυστερούν πολύ. Το στίγμα της ψυχικής νόσου και η επακόλουθη άρνησή της, η υπεραφοσίωση στο ιατρικό λειτούργημα, οι νοοτροπίες που έχουν διαμορφωθεί κατά τη διάρκεια της ιατρικής εκπαίδευσης, η ασυμβατότητα ανάμεσα στις ανάγκες ψυχιατρικής θεραπείας των ιατρών και στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας των φορέων εργασίας τους, η παράδοση αυτοδιάγνωσης και αυτοθεραπείας των ίδιων των ιατρών-

ασθενών, αποτελούν τις κύριες αιτίες καθυστερημένης αναζήτησης βοήθειας. Δεν υπάρχει ανοσία στην ψυχική νόσο.^{9,19,24}

Οι φορείς άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος οφείλουν να επιδείξουν μεγαλύτερη ενεργητικότητα σε αυτή την κατεύθυνση και να βοηθήσουν στην αποδοχή της ψυχικής ασθένειας ως σοβαρού προβλήματος υγείας, παρέχοντας εύκολα προσβάσιμες, εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχικής υγείας, οι οποίες να εγγυώνται την εμπιστευτικότητα όσων προσφεύγουν σε αυτές. Το στίγμα της ψυχικής νόσου πρέπει να καταπολεμηθεί και από την κατηγορία των ανθρώπων που φαίνεται καταδικασμένη να το υπομένει μέχρι τέλους, τους ψυχικά ασθενείς ιατρούς.

Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ποσοστό περίπου 30% των ιατρών κατά το πρώτο μεταπτυχιακό έτος παρουσιάζουν συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης, ποσοστό που μειώνεται όσο βελτιώνεται η επαγγελματική αποκατάσταση. Ωστόσο, η πλειονότητα των ερευνητικών εργασιών δεν τεκμηριώνει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης στους ιατρούς σε σχέση με το γενικό πληθυσμό ή άλλες ομάδες επαγγελματιών. Οι γυναίκες ιατροί πλήττονται συχνότερα από κατάθλιψη απ' ό,τι οι άνδρες συνάδελφοί τους, εύρημα που αντικατοπτρίζει άλλωστε τη διαπιστωμένα υψηλότερη επίπτωση της κατάθλιψης στο γυναικείο πληθυσμό.^{6,7,8.}

Αποτελέσματα ερευνητικών εργασιών δείχνουν ότι ιδιαίτερα ψυχοπιεστική περίοδος για τους ιατρούς είναι και η μετάβαση από το στάδιο του ειδικευόμενου σε εκείνο του ειδικού, τόσο ως επιμελητή σε νοσοκομείο, όσο και ως ιδιώτη ειδικευμένου. Άλλο ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί η διαπίστωση ότι το κλινικό έργο των ιατρών που αντιμετωπίζουν ψυχικές δυσκολίες διατηρείται μέχρι τέλους σε σχετικά καλά επίπεδα, με καλή έως πολύ καλή λειτουργικότητα. Υποστηρίζεται η άποψη ότι οι ιατροί που αντιμετωπίζουν τέτοιες δυσκολίες διοχετεύουν όλη τους την ενέργεια στη διατήρηση του επαγγελματικού τους ρόλου, με την εξάντλησή τους να εκδηλώνεται όταν βρίσκονται εκτός εργασίας.

Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε γυναίκες ιατρούς και σε γυναίκες εργαζόμενες, γενικότερα σε σχέση με τις μη

εργαζόμενες. Οι προδιαθεσικοί παράγοντες στην εκδήλωση κατάθλιψης σε γυναίκες ιατρούς λίγο αποκλίνουν από εκείνους στις υπόλοιπες γυναίκες. Μοναχική ζωή, ιστορικό διαταραχών πρόσληψης τροφής ή άλλων ψυχιατρικών παθήσεων, αλκοολισμός, σωματικά νοσήματα (περιλαμβάνεται το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, το κάπνισμα και η παχυσαρκία), ιστορικό σεξουαλικής και σωματικής κακοποίησης είναι κοινοί παράγοντες. Στις γυναίκες ιατρούς όπως και στις εργαζόμενες γυναίκες, γενικότερα επιπρόσθετοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι η επαγγελματική αποτυχία, η σύγχυση των ρόλων και η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο.^{9,10}

Οι συνθήκες εργασίας των ιατρών, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας, η άσχημη ή η ελλιπή σχέση με τους εκπαιδευτές τους (όταν είναι εκπαιδευόμενοι) καθώς και η έλλειψη ύπνου επίσης συμβάλλουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικών συμπτωμάτων, τα οποία μακροπρόθεσμα μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη.

Η έλλειψη ύπνου, ειδικά, έχει σχετιστεί με εκδήλωση νευρικότητας, θυμού, ευερεθιστότητας, άσχημης διάθεσης και θλίψης. Εάν η έλλειψη ύπνου συνδυαστεί με απομόνωση όπως λ.χ. συμβαίνει με τον υπερβολικό αριθμό εφημεριών ο κίνδυνος εκδήλωσης ψυχοπαθολογίας αυξάνεται. Τα ανωτέρω ευρήματα αμφισβητούνται από μελέτες, οι οποίες υποστηρίζουν ότι πίσω από την έμφαση στον υπερβολικό φόρτο εργασίας των ιατρών κρύβεται η δυσκολία διαχείρισης από μέρους τους του πόνου και της προοπτικής του θανάτου των ασθενών τους, καθώς και του φόβου επαγγελματικής αποτυχίας και ανεπάρκειας.

Οι δυσκολίες αυτές μπορούν κατά ένα μέρος να εξηγήσουν τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης στους ιατρούς που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας. Είναι όμως αρκετά πιθανό η διαχείριση τέτοιων συναισθημάτων να είναι ευχερέστερη από μη εξουθενωμένους ιατρούς. Άλλοι παράγοντες, όπως η σύγκρουση ανάμεσα στην καριέρα και την προσωπική ζωή, η ευθύνη του ρόλου, η λήψη σημαντικών αποφάσεων, η διάπραξη σφαλμάτων και η απειλή δικαστικών μηνύσεων από τους ασθενείς και τους συγγενείς τους, μπορεί να προδιαθέσουν επίσης τους ιατρούς σε κατάθλιψη.

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, οι ιατροί, αλλά και οι φοιτητές Ιατρικής, προσμετρούνται στους αυτόχειρες.¹¹

Η διαπίστωση ότι οι άνδρες ιατροί αυτοκτονούν ελαφρώς περισσότερο από το γενικό πληθυσμό, ενώ οι γυναίκες πολύ παραπάνω, επιβεβαιώνεται και από παλαιότερες μελέτες. Επίσης, μπορεί να υποστηριχθεί ότι προσωπικά και οικογενειακά προβλήματα, καθώς και η απουσία σταθερού δεσμού, κατέχουν σημαίνοντα ρόλο σε όσους αυτοκτονούν μετέπειτα.¹²

Αξιοσημείωτη είναι η θετική συσχέτιση με το διαζύγιο και τη συνταξιοδότηση για τους άνδρες ιατρούς αυτόχειρες, ενώ οι γυναίκες ιατροί αυτοκτονούν συχνότερα κατά τη διάρκεια της ειδικότητας ή λίγο μετά. Σύμφωνα με μελέτες, οι ιατροί εμφανίζουν συχνότερα αυτοκτονικό ιδεασμό σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, κάνουν λιγότερες απόπειρες και αυτοκτονούν συχνότερα. Επομένως, είναι λογικό να συμπεράνουμε ότι επιτυγχάνουν περισσότερο στην εκπλήρωση της πρόθεσής τους. Μια αρκετά πιθανή εξήγηση είναι ότι χρησιμοποιούν τις επαγγελματικές τους γνώσεις για να ολοκληρώσουν επιτυχώς την ενέργειά τους, ενώ επιπρόσθετα έχουν εύκολη πρόσβαση σε δυνητικά θανατηφόρες ουσίες.¹²

Αναφορικά με τις ιατρικές ειδικότητες, τα περισσότερα ευρήματα συνηγορούν στο γεγονός ότι οι αναισθησιολόγοι, οι γενικοί ιατροί και οι ψυχίατροι αυτοκτονούν συχνότερα σε σχέση με τους συναδέλφους τους άλλων ειδικοτήτων.

Σοβαρή κατάχρηση οινόπνευματος πολύ συχνά σχετίζεται με κατάθλιψη. Φαίνεται ότι αποτελεί τον προγνωστικό παράγοντα-κλειδί για την κατάθλιψη των γυναικών-ιατρών. Αποτελέσματα έρευνας στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι ένας στους 15 ιατρούς στη διάρκεια της ζωής του θα εξαρτηθεί από το οινόπνευμα.

Η κατάχρηση οινόπνευματος πολύ συχνά περιπλέκει την πορεία της κατάθλιψης, όχι σπάνια όμως είναι η αιτία της. Οι ιατροί παρουσιάζουν 2,5 φορές μεγαλύτερη θνησιμότητα εξαιτίας κίρρωσης του ήπατος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (αν και τα αίτιά της θα μπορούσαν να αποδοθούν και σε

άλλους παράγοντες). Σε άλλη μελέτη βρέθηκε ότι οι πάσχοντες από αλκοολισμό ιατροί δεν είναι απαραίτητα οι λιγότερο επαγγελματικά επιτυχημένοι. Αντίθετα, ποσοστό 54% αντιπροσώπευε ασθενείς ιατρούς από το ανώτερο 1/3 της επαγγελματικής κατηγορίας.

Η κατάχρηση οινόπνεύματος συνδυάζεται συχνά με κατάχρηση και άλλων ουσιών-φαρμάκων και με υψηλή συχνότητα αυτοκτονιών.

Οι ιατροί είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στην κατάχρηση ουσιών. Ήδη από τη δεκαετία του 1960 ήταν γνωστό ότι η κατάχρηση ουσιών αντιπροσωπεύει την κύρια διάγνωση σε περίπου έναν στους πέντε ιατρούς που νοσηλεύονταν σε ψυχιατρικές κλινικές. Συγκριτικά με συνομηλίκους τους, οι ιατροί έχουν διπλάσια έως τριακονταπλάσια συχνότητα εμφάνισης κατάχρησης ουσιών.¹³

Αρχικά, εμφανίζουν συμπτωματολογία κατάχρησης και στη συνέχεια εξάρτησης λίγο πριν ή λίγο μετά την ηλικία των 40 ετών. Συνηθέστερες ουσίες εξάρτησης είναι οι βενζοδιαζεπίνες, τα οπιοειδή, όπως η μορφίνη και η μεπεριδίνη, καθώς και οι αμφεταμίνες. Αρχικά, οι ιατροί ισχυρίζονται ότι ο λόγος που άρχισαν τη χρήση ουσιών είναι κάποια σωματική ασθένεια, συχνά όμως ο ισχυρισμός τους είναι αβάσιμος. Υπερβολικός φόρτος εργασίας και σοβαρά οικογενειακά προβλήματα προβάλλονται ως άλλοι λόγοι έναρξης της χρήσης.

Αρκετά συχνά, οι ιατροί-ασθενείς αρνούνται το πρόβλημα και διακόπτουν πρόωρα τη θεραπεία. Διαχρονικά υποστηρίζεται ότι η αιτία της υψηλής επίπτωσης της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών από ιατρούς είναι η εύκολη πρόσβαση σε αυτές. Αν και η άποψη είναι σωστή, αξίζει να σημειωθεί ότι παρόμοιου βαθμού κατάχρηση δεν διαπιστώνεται μεταξύ φαρμακοποιών ή οδοντιάτρων, επαγγελματικές κατηγορίες με επίσης εύκολη πρόσβαση σε αυτά τα φαρμακευτικά προϊόντα.^{14,15}

Έχει παρατηρηθεί ότι όταν φαρμακοποιοί ή οδοντίατροι αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν, σπανιότερα το κάνουν, λαμβάνοντας υπερβολική ποσότητα φαρμάκων (σε σχέση πάντα με τους ιατρούς). Στις ΗΠΑ υπάρχουν εξειδικευμένα προγράμματα θεραπείας για ιατρούς εξαρτημένους σε ουσίες,

με πολύ καλά αποτελέσματα. Περίπου 80–90% των ιατρών επιτυγχάνουν μακράς διάρκειας αποχή από ουσίες και οινόπνευμα και επιστρέφουν στην εργασία τους, συχνά με παράλληλη ψυχιατρική παρακολούθηση.¹⁶

Γ. Παρατηρήσεις στο πληθυσμό των νοσηλευτών

Κάθε επάγγελμα που σχετίζεται με την ιατροφαρμακευτική περίθαλψη αποδεικνύεται ότι είναι ιδιαίτέρως ευνοϊκό για τον εθισμό. Το δύσκολο ωράριο εργασίας, η κούραση, τα προβλήματα εξισορρόπησης που σχετίζονται με τη καριέρα και την οικογένεια, η συναισθηματική ανάμιξη με τους ασθενείς και η χαμηλή αυτοεκτίμηση βοηθούν στο να ανοίξει ο δρόμος για τον ενεργό εθισμό. Επίσης, με την έλλειψη προσωπικού έρχονται υποχρεωτικά υπερωρίες που ενισχύουν την ήδη υπάρχουσα αφύσικη εργασία με βάρδιες. Η νοσηλευτική έχει επίσης ένα επιπλέον μειονέκτημα για την τοξικομανία που δεν υπάρχουν σε άλλα επαγγέλματα μη υγειονομικής περίθαλψης, επειδή τα συνταγογραφούμενα φάρμακα είναι άμεσα διαθέσιμα στο νοσηλευτή.

Η κατάχρηση ουσιών είναι μια επικίνδυνη και επιβλαβής κατάσταση. Σημαντικό ρόλο για αυτήν την κατάσταση παίζει και η ειδικότητα του κάθε νοσηλευτή λόγω της εύκολης πρόσβασης τους σε φάρμακα. Για παράδειγμα, οι νοσηλευτές της ψυχιατρικής κλινικής κάνουν περισσότερο κατάχρηση στις ναρκωτικές ουσίες, όπως είναι η κοκαΐνη, ενώ οι νοσηλευτές που εργάζονται στο τμήμα της εντατικής και της παιδιατρικής κλινικής κάνουν περισσότερο κατάχρηση στον καπνό.

Η κατάχρηση διαφόρων ουσιών από το νοσηλευτικό προσωπικό και από τον γενικό πληθυσμό συνήθως συμβαίνει για τους ίδιους λόγους. Οι κυριότεροι λόγοι είναι το στρες, οι συναισθηματικές διαταραχές, το άγχος, η κατάθλιψη, τα χρήματα καθώς επίσης και το οικογενειακό περιβάλλον που μπορεί να τους επηρεάσει αρνητικά. Όπως έχει προκύψει από πολλές έρευνες, πράγματι, τα παιδιά από οικογένειες που κάνουν κατάχρηση ουσιών μαθαίνουν ότι η λήψη αυτών των ουσιών σε υπερβολική δόση και γενικά τέτοιου είδους συμπεριφορές είναι κάτι το φυσιολογικό. Έτσι, κάποιοι νοσηλευτές αισθάνονται ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν αυτά τα ζητήματα με αυτόν τον τρόπο. Γενικά όμως, από τον πληθυσμό επικρατεί η άποψη ότι επειδή οι νοσηλευτές είναι επαγγελματίες της υγείας και ανήκουν σε υψηλό μορφωτικό επίπεδο και είναι υπεύθυνοι άνθρωποι που έχουν κερδίσει μια σημαντική θέση θα αναζητούν διαφορετικούς τρόπους για την λύση των προβλημάτων τους.^{17,18}

Επιγραμματικά οι παράγοντες που μπορεί να οδήγησαν τους νοσηλευτές στην εξάρτηση από τις εξαρτησιογόνες ουσίες είναι:

- 1) Ο ψυχολογικός ή ο σωματικός πόνος.
- 2) Συναισθηματικά προβλήματα τα οποία δυσκολεύονται να χειριστούν
- 3) Μια απαιτητική δουλειά , υψηλής πίεσης, και ένα αγχωτικό περιβάλλον στο χώρο εργασίας τους.

Άλλοι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν σε αύξηση της χρήσης ουσιών κυρίως των εργαζομένων είναι η αυξημένη συχνότητα που ασχολούνται με το θάνατο, ο απρόβλεπτος ρυθμός εργασίας, η αμεσότητα της νοσηλευτικής παρέμβασης, η εξάρτηση από φαρμακολογικές ουσίες , οι υψηλές απαιτήσεις της εργασίας, καθώς και η άμεση πρόσβαση σε ελεγχόμενες ουσίες. Σε τμήματα όπως στην ΜΕΘ οι ασθενείς πεθαίνουν αιφνιδίως, κάτι που πολλές φορές κάνει τον νοσηλευτή να αισθάνεται ότι αυτός ή αυτή έχει αποτύχει.¹⁸

Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικές κλινικές μπορούν να δεχτούν την αυτοθεραπεία πιο αποδεκτή επειδή εργάζονται σε μια κουλτούρα που δέχεται τη χρήση ψυχοτρόπων φαρμάκων για την αντιμετώπιση της ζωής. Επιπλέον, οι νοσηλευτές των ψυχιατρικών κλινικών μπορούν να είναι πιο πρόθυμοι να αναφέρουν τη χρήση των ουσιών σε σχέση με τους νοσηλευτές άλλης ειδικότητας, επειδή το θεωρούν αυτό ως αποδεκτή μορφή της θεραπείας. Οι νοσηλευτές μιας παιδιατρικής κλινικής χρησιμοποιούν λιγότερο εξαρτησιογόνες ουσίες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην έλλειψη διαθεσιμότητας των ουσιών αυτών από τις μονάδες τους, ή θα μπορούσε να είναι ότι αυτός ο πληθυσμός των νοσηλευτών είναι συναισθηματικά εκφραστικοί. Οι άνθρωποι που είναι σε θέση να εκφράσουν τα συναισθήματά τους μπορεί να έχουν μικρότερη ανάγκη για χρήση της ουσίας.

Αρνητικές συνέπειες της κατάχρησης ουσιών, από το νοσηλευτικό προσωπικό μπορούν να περιλαμβάνουν:

- Η κακομεταχείριση των ασθενών, καθώς επίσης και την εσφαλμένη βασική περίθαλψη και την λανθασμένη φαρμακευτική αγωγή
- Ο θάνατος του ασθενή .
- Οι χαμηλότερες αμοιβές των νοσηλευτών λόγω του χαμένου χρόνου από την θεραπεία
- Η απώλεια της δουλειάς των νοσηλευτών ή ακόμη και ολόκληρη της σταδιοδρομία τους, βέβαια ανάλογα και με την κατάχρηση των ουσιών που κάνουν αλλά και με την ζημιά που έχουν δημιουργήσει στη ζωή τους.¹⁹

Οι νοσηλευτές έχουν διδαχθεί ότι τα φάρμακα επιλύουν προβλήματα. Έχουν παρατηρήσει ότι οι ασθενείς ανακουφίζονται από τον πόνο και τις λοιμώξεις και μειώνεται το άγχος τους. Ένα όμως ενδιαφέρον ερώτημα είναι γιατί νοσηλευτές οι οποίοι έχουν επίγνωση των προβλημάτων κατάχρησης ουσιών άλλων νοσηλευτών δεν επιλέγουν να παρέμβουν. Μια καλή απάντηση είναι πρώτον γιατί υπάρχει μια δυνατή φιλία και στέκεται ως εμπόδιο και μια άλλη απάντηση είναι το ότι αν παρέμβει ίσως αλλάξει η συμπεριφορά πολλών συναδέλφων του απέναντί του.

Οι νοσηλευτές έχουν ηθική και νομική υποχρέωση να αναφέρουν τους συναδέλφους των οποίων οι δραστηριότητες θα μπορούσαν να βλάψουν τους ίδιους ή ακόμα και τους ασθενείς. Πολλοί όμως νοσηλευτές επιλέγουν να παραμείνουν σιωπηλοί για έναν συνάδελφό τους που μπορεί να έχει ένα πρόβλημα με την κατάχρηση ουσιών, λόγω του φόβου ότι θα θεωρηθεί προδότης και υποκριτής.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα στο Βρετανικό Σύστημα Υγείας πολλοί νοσηλευτές κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Συνήθως πίνουν πριν από την αλλαγή τους, κατά τη διάρκεια του γεύματος και του διαλείμματος για καφέ, ακόμα και στο μπάνιο. Ορισμένοι νοσηλευτές μπορούν να κάνουν και κατάχρηση του σιροπιού για τον βήχα και των στοματικών διαλυμάτων, τα οποία μπορούν να τα βρουν οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης νοσηλευτές που κατάχρηση ναρκωτικών μπορούν να υποστηρίξουν τον εθισμό τους με

συνταγογραφούμενα φάρμακα. Άλλοι τρόποι για να εκτρέψουν φάρμακα είναι να υπογράψουν τα φάρμακα για ασθενείς που μεταφέρονται ή απορρίπτονται από την μονάδα ή ζητούνται φάρμακα για ασθενείς οι οποίοι δεν έχουν ζητήσει το φάρμακο ή που μπορεί να έχουν αρνηθεί.⁴

Οι στατιστικές δείχνουν ότι οι άνθρωποι που κάνουν κατάχρηση διαφόρων ουσιών είναι αναξιόπιστοι στην εργασία τους. Αυτοί που κάνουν κατάχρηση αλκοόλ και παράνομων χρηστών ναρκωτικών είναι πιο πιθανό να έχουν

- Αλλάξει συχνά την εργασία τους
- Χάσει δύο ή περισσότερες ημέρες εργασίας τον περασμένο μήνα
- Παραιτηθεί οικειοθελώς από την εργασία τους
- Καταγγεληθεί από τον εργοδότη τους
- Εμπλακεί σε ένα ατύχημα στο χώρο εργασίας τους κατά το παρελθόν

Πολλοί νοσηλευτές δεν αναφέρουν τις συμπεριφορές που βρίσκουν ύποπτες γιατί δεν πιστεύουν ότι το περιστατικό ήταν αρκετά σοβαρό ώστε να το αναφέρουν ή αρνούνται να πιστέψουν ότι κάποιος συναδέλφος τους αντιμετωπίζει τα προβλήματά του με αυτό τον τρόπο. Από την άλλη μεριά, κάποιιοι νοσηλευτές απλά δεν θέλουν να εμπλακούν, γιατί φοβούνται την αντίδραση των συναδέλφων τους.

Τα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με την τοξικομανία είναι:

1. Εξάψεις και φουσκωμένο πρόσωπο
2. Μυρωδιά του αλκοόλ στην αναπνοή
3. Το φοράει συνέχεια τακτικό προσωπικό μακριά μανίκια
4. Καταρροή και δακρύρροια
5. Ύπνος στη δουλειά

Η συνεχής κατάχρηση ουσιών έχει σαν αποτέλεσμα να προκληθεί εθισμός στον οργανισμό. Σε πολλές πόλεις του εξωτερικού ο εθισμός δεν θεωρείται ως ασθένεια αλλά ως ηθική βλάβη. Ενώ στην Ελλάδα ο εθισμός θεωρείται

ως ασθένεια και οι εθισμένοι νοσηλευτές στιγματίζονται από τους συναδέλφους τους και από την κοινωνία τους. Παρ'όλα αυτά κάποιοι νοσηλευτές προθυμοποιούνται να βοηθήσουν τους συναδέλφους τους που αντιμετωπίζουν αλλά και έχουν αποδεχτεί ότι έχουν πρόβλημα και αναζητήσουν θεραπεία.

Για αυτό τον λόγο υπάρχουν και πολλές οργανώσεις στην χώρα μας, συμπεριλαμβανομένων των σχολών της νοσηλευτικής, καθώς και κάποια νοσοκομεία και κάποιες κλινικές έχουν που έχουν ομάδες υποστήριξης σε ισχύ ώστε να αναγνωρίζουν και να προσφέρουν βοήθεια στους νοσηλευτές με τέτοιου είδους προβλήματα. Αυτές οι ομάδες συμβάλλουν αποτελεσματικά, καθώς αναδεικνύουν προειδοποιητικά σημάδια της κατάχρησης όπως επίσης και τι πρέπει να γίνει από τη στιγμή που αναγνωρίζουν ποια πραγματικά είναι η κατάστασή τους. Έτσι εθισμένος νοσοκόμος αναζητά θεραπεία και αποκατάσταση για να γίνουν παραγωγικά μέλη της κοινωνίας και των νοσοκόμων και πάλι. Σίγουρα, η επικοινωνία και η ανταλλαγή πληροφοριών είναι ύψιστης σημασίας για τη διαδικασία αυτή να είναι αποτελεσματική^{20,18,19,13}

2.ΓΕΝΙΚΑ ΠΕΡΙ ΕΘΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΞΑΡΤΗΣΗΣ

Ο εθισμός είναι μια χρόνια υποτροπιάζουσα νόσος που χαρακτηρίζεται από διαρκή ενασχόληση για την εύρεση εξαρτησιογόνου ουσίας με ακαταμάχητη επιθυμία και καταναγκασμό για την λήψη της, με ταυτόχρονη αδυναμία περιορισμού ή διακοπή της. Χαρακτηρίζεται ως μια νόσος του εγκεφάλου. Από την στιγμή που θα εισέλθει μια εξαρτησιογόνος ουσία στον οργανισμό μπορεί να προάγει μια συμπεριφορά συνεχούς αναζήτησης δρώντας κατευθείαν στον εγκέφαλο, επηρεάζοντας την δομή και την λειτουργία του, προκαλώντας μακροχρόνιες αλλαγές που επηρεάζουν τη μετέπειτα συμπεριφορά του ατόμου.

Ως φυσιολογία του εθισμού χαρακτηρίζεται το σύμπλεγμα γνωστικών, συμπεριφορικών και φυσιολογικών συμπτωμάτων που δείχνουν την συμπεριφορά ότι ένα άτομο συνεχίζει τη χρήση μια ουσίας παρά την ύπαρξη σημαντικών προβλημάτων που σχετίζονται με την λήψη της.

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι εθιστικές ουσίες ενεργοποιούν τα εγκεφαλικά συστήματα ανταμοιβής, δηλαδή τα συστήματα αυτά που διαμεσολαβούν για να δώσει κάποιος ηδονή-ευχαρίστηση. Το κυριότερο από αυτά τα συστήματα είναι το μεσομεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα που προσβάλλει από το κοιλιακό καλυπτρικό πεδίο στον επικλινή πυρήνα και άλλες μεταιχμιακές περιοχές του εγκεφάλου. Η λήψη εθιστικών ουσιών αυξάνει την απελευθέρωση ενδογενών ουσιών του εγκεφάλου όπως: η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη σε αυτές τις περιοχές. Με την συνεχιζόμενη όμως χρήση, ο εγκέφαλος προσαρμόζεται και τα εγκεφαλικά συστήματα ανταμοιβής απευαισθητοποιούνται. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την εκδήλωση στερητικών συμπτωμάτων που ποικίλουν ανάλογα με την ουσία που έχει εθιστεί κάποιος. Το σύνδρομο της στέρησης κατά κανόνα χαρακτηρίζεται από δύο διακριτές ομάδες συμπτωμάτων:

- *Φυσικά ή σωματικά* όπως π.χ.: ρίγη, κοιλιακό άλγος, υπερδραστηριότητα αυτόνομου νευρικού συστήματος.

- *Συναισθηματικά ή υποκειμενικά* όπως π.χ.: δυσφορία, ευερεθιστότητα, άγχος, ανηδονία, καταθλιπτική διάθεση, ακαταμάχητη επιθυμία για χρήση.

Τα συμπτώματα αυτά είναι δυσάρεστα, προκαλούν δυσφορία και για να τα αποφύγει ο χρήστης συνεχίζει να λαμβάνει την εξαρτησιογόνο ουσία. Αποτέλεσμα όλων αυτών το άτομο να εισέρχεται σε έναν φαύλο κύκλο.

Ο εγκέφαλος ενός εθισμένου διαφέρει και σε άλλα σημεία από αυτόν ενός μη εθισμένου. Υπάρχουν σημαντικές αλλαγές στην γονιδιακή έκφραση, σε πρωτεΐνες, ένζυμα, στην δομή και την μορφολογία των νευρικών κυττάρων και τέλος στην μεταβολική δραστηριότητα. Επομένως, η χρόνια χρήση των εξαρτησιογόνων ουσιών προκαλεί σημαντική αναδιοργάνωση στην δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου.

Επιπλέον, ο εθισμός είναι μια διαταραχή στην λήψη αποφάσεων με παράλληλη αδυναμία έλεγχου των παρορμήσεων. Σε αυτές τις λειτουργίες συμμετέχουν τμήματα του προμετωπιαίου φλοιού. Η χρόνια χορήγηση εξαρτησιογόνων ουσιών καταστέλλει την νευρωτική δραστηριότητα των μετωπιαίων περιοχών και μεταβάλλει την λειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού. Για παράδειγμα σε μια νευροαπεικόνιση «φαίνεται» να είναι μειωμένος ο όγκος του μετωπιαίου λοβού καθώς και μόνιμες αλλαγές στην μεταβολική δραστηριότητα μετωπιαίων περιοχών σε χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών.

Η διαταραγμένη λειτουργία των μετωπιαίων λοβών στους χρήστες αυτών των ουσιών μπορεί να συμβάλλει στην λανθασμένη λήψη αποφάσεων, στην παρορμητικότητα και στην αδυναμία ελέγχου συμπεριφοράς.

Ο εθισμός σε ουσίες αναμφισβήτητα είναι μια διαταραχή του εγκεφάλου. Παρά τον διαφορετικό μηχανισμό δράσης τους οι εθιστικές ουσίες ενεργοποιούν συγκεκριμένα συστήματα και περιοχές στον εγκέφαλο και μετά από χρόνια χρήση αλλάζουν την λειτουργία τους. Η αναδιοργάνωση του νευρικού συστήματος που προκαλούν οι εθιστικές ουσίες αφορούν πολλά επίπεδα: από το μοριακό επίπεδο έως το επίπεδο της συμπεριφοράς. Πολλές από αυτές τις αλλαγές φαίνεται να έχουν μεγάλη διάρκεια και κάποιες ίσως και να

είναι μόνιμες. Ο εγκέφαλος αρχίζει να σχηματίζει μια «μνήμη» για την εθιστική συμπεριφορά καθώς περιβαλλοντολογικά ερεθίσματα φαίνεται να έχουν την ικανότητα να δημιουργούν ακαταμάχητη επιθυμία σε πρώην χρήστες και να οδηγήσουν σε υποτροπή.

Ο εθισμός σπάνια παραμένει στάσιμος. Καθώς αλλάζει, συνήθως απορροφά όλο και περισσότερο τη ζωτική ενέργεια και τη δύναμη του ατόμου σε σημείο που μπορεί να έχει καταστροφικά ή μοιραία επακόλουθα. Ο εθισμός είναι μια σειρά εμπειριών που προκαλούν αλλαγή στον εσωτερικό κόσμο του ατόμου. Ο εθισμός ανταποκρίνεται σε αυτές τις εσωτερικές αλλαγές και αρχίζει να ενεργεί με τέτοιο τρόπο έτσι ώστε να ικανοποιήσει τον εθισμό του. Καθώς ο εθισμός εξελίσσεται γίνεται τρόπος ζωής.

Ο εθισμένος μέσω των ουσιών τείνει να ικανοποιήσει τον ψυχοσωματικό του κόσμο. Όταν έρθει αντιμέτωπος με καταστάσεις πόνου ή άλλες αναπόφευκτες αρνητικές εμπειρίες είναι ευάλωτος και έχει περισσότερες πιθανότητες να καταφύγει σε κάποια ουσία θέλοντας να μεγιστοποιήσει τα θετικά συναισθήματα και να ελαχιστοποιήσει τα αρνητικά. Λόγω όμως τις χημικής σύνθεσης των διαφόρων ουσιών μερικοί άνθρωποι γίνονται εξαρτημένοι.

Η εξελικτική πορεία του εθισμού συνεχίζεται καθώς ο εθισμένος προσπαθεί να έχει κάποια ισορροπία στην ζωή του. Νιώθει ότι ικανοποιείτε μόνο όταν κάνει χρήση της ουσίας. Επειδή ο εθισμός του συνεπάγεται με την ικανοποίηση του ή τουλάχιστον τον βοηθά να ξεφύγει από τον πόνο έχει ως αποτέλεσμα η ουσία να γίνεται στήριγμά του.

Υπάρχουν τρία βασικά στάδια στην εξελικτική πορεία του εθισμού. Το πρώτο έχει να κάνει με τις εσωτερικές αλλαγές. Η προσωπικότητα αρχίζει να αλλάζει σαν αποτέλεσμα της εμπειρίας της χρήσης εξαρτησιογόνων ουσιών. Το δεύτερο στάδιο έχει να κάνει με αλλαγές στον τρόπο ζωής. Το περιβάλλον του εθισμένου ατόμου αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι κάτι συμβαίνει γιατί υπάρχουν μεγάλες αλλαγές στην συμπεριφορά του ατόμου. Το τρίτο και τελικό στάδιο λαμβάνει χώρα όταν ο εθισμένος χάνει εντελώς τον έλεγχο. Όταν δηλαδή το πιο σημαντικό στην ζωή του ατόμου είναι η εξαρτησιογόνος ουσία. Η ικανοποίηση εξαφανίζεται και η ζωή γίνεται ένας αγώνας επιβίωσης.

2.1 ΠΡΩΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Για τον εθισμένο μια εμπειρία που θα του ελαχιστοποιήσει τα αρνητικά του συναισθήματα (π.χ. πόνος), μπορεί να του δώσει την ψευδαίσθηση του ελέγχου και της ανακούφισης. Αυτή είναι η αρχή του εθισμού. Οι αρχικές εμπειρίες που συνεπάγεται την χρήση ουσιών είναι συνήθως ικανοποιητικές. Αυτή η αρχική εφορία διδάσκει στον ασθενή ότι τα συναισθήματα και η διάθεση του μπορούν να αλλάξουν αν αρχίσει να κάνει χρήση των ουσιών. Ο εθισμός ξεκινά την στιγμή που ο ασθενής προσπαθεί επανειλημμένα να ξανανιώσει την ψευδαίσθηση που του χαρίζουν οι εξαρτησιογόνες ουσίες. Νιώθει την επίμονη ανάγκη να καλύψει και να απαλύνει τον πόνο. Αυτό τον σπρώχνει να κάνει όλο και περισσότερο χρήση ουσιών. Από κάποιο σημείο και μετά οργανισμός του ασθενή αρχίζει να συνηθίζει τις ουσίες και αρχίζει και πάλι ο πόνος. Με αποτέλεσμα να αυξάνει πάλι την δόση των ουσιών. Είναι το σημείο που ξεκινά ο φαύλος κύκλος.

2.2 ΔΕΥΤΕΡΟ ΣΤΑΔΙΟ

Ο εθισμός σε ουσίες είναι ένα αναμφισβήτητο σημείο ότι ο ασθενής έχει χάσει τον έλεγχο. Στο δεύτερο στάδιο του εθισμού, ο ασθενής εξωτερικεύει τα συμπτώματα που δείχνουν ότι είναι εκτός ελέγχου. Η συμπεριφορά του αλλάζει και αυτό γίνεται εμφανές στη συνεχή δόση. Ο εθισμένος αναζητά μόνο να ικανοποιήσει τον εθισμό του. Σε αυτό το στάδιο το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον αρχίζει να παρατηρεί ότι υπάρχει κάποιο πρόβλημα. Η συμπεριφορά του χειροτερεύει και ο εθισμός γίνεται έμμονη ιδέα καθώς και τρόπος ζωής. Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής δεν διακατέχεται από την λογική αλλά από τον εθισμό του. Συνήθως απομονώνεται από το περιβάλλον του γιατί δεν μπορεί να τον καταλάβει κανείς. Αν και προσωρινά νιώθει ανακούφιση μακροπρόθεσμα η κατάστασή του χειροτερεύει. Στο συγκεκριμένο στάδιο ο εθισμένος δημιουργεί ανοχή στις ουσίες. Δηλαδή όση χρήση των ουσιών και να κάνει δεν μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο του. Αυτό τον εξωθεί σε επικίνδυνες συμπεριφορές προσπαθώντας να κάνει όλο και περισσότερη χρήση των ουσιών. Αποτέλεσμα όλων αυτών η σωματική και ψυχική εξουθένωση. Ο εθισμός καταναλώνει όλη την ενέργεια και την προσοχή του ασθενούς σε σημείο που δεν μπορεί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή.

2.3 ΤΡΙΤΟ ΣΤΑΔΙΟ

Σε αυτό το στάδιο της εξελικτικής πορείας του εθισμού, ο ασθενής είναι πλέον σκλάβος του εθισμού. Η χρήση των ουσιών δεν του χαρίζει καμία ανακούφιση-ικανοποίηση. Ο πόνος δεν φεύγει ποτέ. Ο ασθενής συνειδητοποιεί ότι είναι έρμαιο του εθισμού του και ότι είναι ανίκανος να ξεφύγει και να σπάσει τον φαύλο κύκλο της εξάρτησης. Σε αυτό το σημείο η αυτοκτονία προβάλλεται ως πιο επιθυμητή λύση. Ο ασθενής συνήθως αδυνατεί να απεξαρτηθεί από τον εθισμό του και να θεραπευτεί όταν βρίσκεται σε αυτό το στάδιο.^{21,22,23.}

Η εξάρτηση είναι η τάση ενός ατόμου να προσκολληθεί σε αντικείμενα, πρόσωπα ή καταστάσεις προκειμένου να αντλήσει την απαραίτητη ηδονή η οποία θα συντελέσει στο να δώσει στην καθημερινότητά του λιγότερο επώδυνα και περισσότερο ευχάριστα συναισθήματα. Ο άνθρωπος είναι ον φτιαγμένο να επιδιώκει την ηδονή καθώς αυτή αποτελεί την κινητήρια δύναμη της επιβίωσής του, της δημιουργικότητάς του αλλά και της πνευματικής του εξέλιξης. Αδιαμφισβήτητα το άτομο μπορεί να βρει καθημερινά τομείς ή τρόπους να αντλήσει τα απαραίτητα ποσοστά αυτοϊκανοποίησης που χρειάζεται. Για κάποιους λόγους συχνά ασυνείδητους, πολύπλοκους ή αδιευκρίνιστους καταλήγει να επιλέγει ένα συγκεκριμένο πεδίο από όπου αντλεί την μοναδική του ευχαρίστηση. Το συγκεκριμένο πεδίο αποκτά υπέρμετρη αξία σε σχέση με την υπόλοιπη. Μετουσιώνεται στο πυρηνικό κομμάτι της καθημερινότητάς του. Μονοπωλεί τα κίνητρά του πυροδοτεί τις αντιδράσεις του, καθοδηγεί τις σκέψεις του. Γίνεται η άμυνά του στις φυσικές αντιξοότητες της ζωής. Με άλλα λόγια το άτομο που χρησιμοποιεί ένα «μέσο» για να διατηρήσει την ψυχική του ισορροπία είναι εξαρτημένο.

Για να θεωρηθεί κάποιος εξαρτημένος αρκεί να παρουσιάζει μόνο κάποια από τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ανάγκη για αυξημένες ποσότητες της εξαρτησιογόνου ουσίας για να επιτευχθεί το επιθυμητό αποτέλεσμα και μετά από κάποιο χρονικό

διάστημα έντονα ελαττωμένο αποτέλεσμα με συνεχή χρήση της ίδιας ποσότητας της ουσίας.

- Στερητικό σύνδρομο για ουσίες που λαμβάνει το άτομο για την ανακούφιση του συνδρόμου που πάσχει.
- Λήψη της ουσίας σε μεγαλύτερες ποσότητες ή μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι το άτομο έχει σκοπό.
- Επίμονη επιθυμία ή αποτυχημένες προσπάθειες του ατόμου να ελαττώσει ή να ελέγξει την χρήση της ουσίας.
- Σπατάλη μεγάλου χρονικού διαστήματος σε δραστηριότητες απαραίτητες για την εύρεση και χρήση της ουσίας.
- Εγκατάλειψη ή μείωση σημαντικών κοινωνικών, επαγγελματικών και ψυχαγωγικών δραστηριοτήτων λόγω της χρήσης της ουσίας.
- Συνέχιση της χρήσης της ουσίας παρά την γνώση ενός επίμονου ή υποτροπιάζοντος ψυχολογικού προβλήματος που σχετίζεται, προκαλείται ή οξύνεται από την χρήση της ουσίας.

Οι 3 βασικές κατηγορίες ουσιών που μπορούν να προκαλέσουν εθισμό και εξάρτηση είναι οι εξής:

1. Ντοπαμινεργικά διεγερτικά όπως π.χ.: κοκαΐνη, αμφεταμίνες, καφεΐνη, νικοτίνη.
2. Οπιοειδή ναρκωτικά όπως π.χ.: ηρωίνη, μορφίνη, κωδεΐνη.
3. Κατασταλτικά που δρουν στους υποδοχείς γ του αμυνοβουτυρικού οξέος όπως π.χ.: βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά.

Τα πρώτα δρουν άμεσα στο μεσολιμβικό σύστημα ενώ τα άλλα δύο έμμεσα σε αυτό αλλά άμεσα σε άλλα συστήματα με αποτέλεσμα να προκαλούν συμπτώματα στέρησης.^{1,7,24,25,26,30,31.}

ΕΡΕΥΝΑ

3. ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της έρευνας ήταν :

1. Η καταγραφή και η μελέτη των αντιδράσεων των νοσηλευτών, όταν αντιμετωπίζουν μια επώδυνη κατάσταση
2. Οι στρατηγικές τους για την ανακούφισή τους κυρίως κατά την ώρα της εργασίας τους.
3. Η απόψεις τους για τυχόν κατάχρηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές και των αιτιών που οδηγούν σε αυτή.

4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι υποθέσεις στις οποίες βασίστηκε η έρευνα είναι οι εξής:

1. Οι νοσηλευτές κάνουν κατάχρηση φαρμάκων και κυρίως παυσίπονων.
2. Η μεγάλη εξοικείωση με τα φάρμακα, το γεγονός ότι συνεχώς μεταχειρίζονται φάρμακα και η εύκολη πρόσβαση σε αυτά, μπορεί να οδηγήσει στην εύκολη λήψη τους.
3. Το stress και οι γρήγοροι ρυθμοί της εργασίας οδηγεί σε απερίσκεπτη κατάχρηση.

5. ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ανασκόπηση της ελληνικής βιβλιογραφίας συγκέντρωσε ελάχιστα δεδομένα που αφορούν την Ελλάδα στο συγκεκριμένο θέμα, πράγμα που εύλογα θέτει την υποψία ότι η κατάχρηση των φαρμάκων από τους νοσηλευτές δεν έχει εκτενώς ερευνηθεί στον ελληνικό χώρο σε αντίθεση με την διεθνή βιβλιογραφία που έχει να παρουσιάσει ακόμη και εξάρτηση ουσιών από υγειονομικούς. Προσδοκία των συγγραφέων είναι η συμβολή τους στη διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος πράγμα που αποτελεί και τη μεγαλύτερη σημασία και αξία στην εκπόνηση της παρούσας προσπάθειας. Επίσης μέσα από την εργασία αυτή δημιουργούνται περαιτέρω ερωτηματικά και ερεθίσματα για την συνέχισή της η οποία αξίζει να σημειωθεί ότι πραγματοποιείται σε επίπεδο σπουδαστικής πτυχιακής εργασίας. Η έρευνα σε κάθε περίπτωση οικοδομεί μία επιστήμη και ευαισθητοποιεί προς αποφυγή ή υιοθέτηση συμπεριφορών.

6. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΑΠΕΙΛΕΣ

Ως ερευνητική απειλή θα μπορούσε να αποτελέσει η ψυχολογική κατάσταση του δείγματος στη δεδομένη στιγμή. Σε κάθε περίπτωση η χρήση ουσιών αποτελεί ένα ευαίσθητο και προσωπικό ζήτημα που κάποιοι ενδεχομένως να μην θέλουν να θίξουν στη πλήρη του έκταση. Παρά το γεγονός ότι υπήρχε η διαβεβαίωση ότι θα τηρηθεί η ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.

7. ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή πληροφοριών είναι 30 νοσηλευτές. Χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα ευκολίας από 2 νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης. Η προσέγγιση τους έγινε μετά το πέρας της εργασίας τους. Οι 18 από τους 30 νοσηλευτές είναι Τ.Ε. ιδιότητας ενώ οι υπόλοιποι 12 είναι Δ.Ε. Αξίζει να σημειωθεί πως συμμετείχαν μόνο 5 άντρες στην έρευνα. Επίσης μόνο 11 νοσηλευτές έχουν προϋπηρεσία πάνω από 10 χρόνια.

Η διαδικασία της συλλογής πληροφοριών διήρκεσε 20 ημέρες.

8. ΜΕΘΟΔΟΣ-ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Για την έρευνα μας χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο λόγω του γεγονότος ότι δεν βρέθηκε κάτι αντίστοιχο στην ελληνική βιβλιογραφία.

Οι ερωτήσεις που έγιναν ήταν ερωτήσεις ανοιχτού τύπου.

Το ερωτηματολόγιο στηρίχτηκε στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, σε συζητήσεις με ειδικούς καθώς και σε παρατηρήσεις των ερευνητών κατά τη διάρκεια της πρακτικής τους άσκησης.

Η προσέγγιση των συμμετεχόντων έγινε μετά το πέρας της εργασίας τους. Έγινε επιβεβαίωση για την τήρηση της ανωνυμίας τους και οι συμμετέχοντες επέστρεψαν το ερωτηματολόγιο μέσα ατομικό κλειστό φάκελο.

Να σημειωθεί ότι αρχικά έγινε μία πιλοτική προσέγγιση σε 5 νοσηλευτές οι οποίοι υπέδειξαν τυχόν δυσνόητα σημεία στην συνέντευξη. Η παρουσίαση του θέματος ως «κατάχρηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές», δημιούργησε την εντύπωση πως σκοπός της είναι η διερεύνηση της κατάχρησης των φαρμάκων που δίνουν οι νοσηλευτές στους ασθενείς. Για την αποφυγή αυτής της παρανόησης χρειάστηκε να βελτιωθούν οι ερωτήσεις ώστε να γίνει απόλυτα σαφές αυτό που ζητούν να ερευνήσουν οι συγγραφείς. Κανένα από τα 5 αυτά άτομα δεν εξέφρασε αρνητικές εντυπώσεις για το θέμα αλλά ήταν πρόθυμοι να συνεργαστούν.

9. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

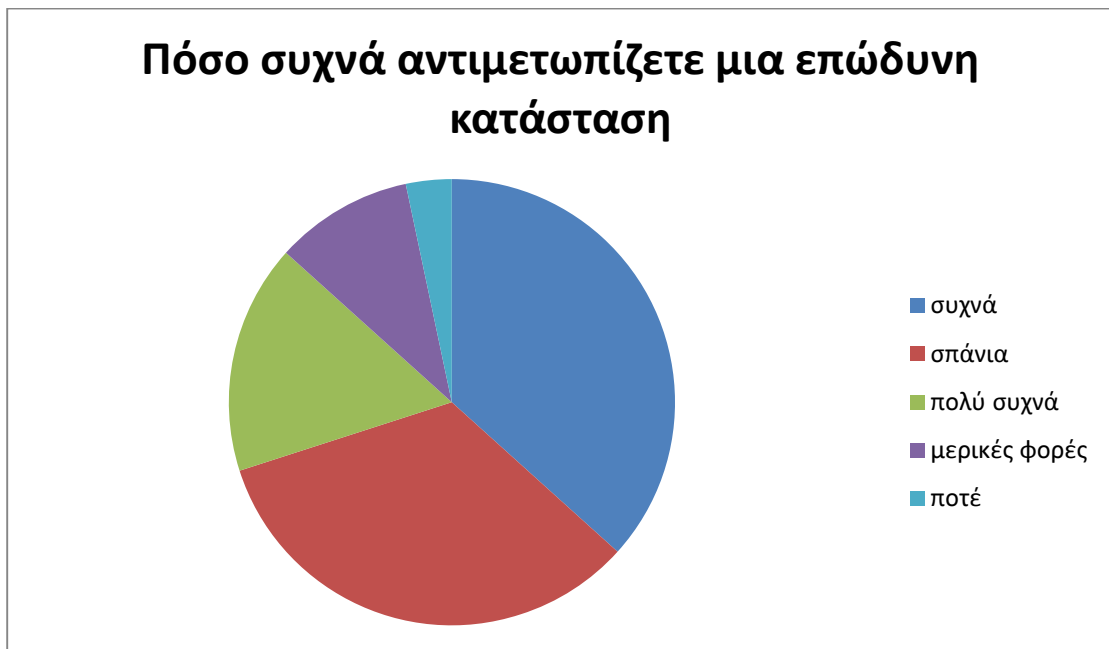
Δεδομένης της συλλογής μη αριθμητικών δεδομένων από αυτή τη ερευνητική προσέγγιση, η ανάλυση περιλαμβάνει την παρουσίαση και περιγραφή των απαντήσεων μέσα σε μία προσπάθεια να διεξαχθούν κάποια συμπεράσματα. Επίσης έγινε η ποσοστιαία παρουσίαση του πλήθους των απαντήσεων στις περιπτώσεις όπου ήταν δυνατή η ομαδοποίησή τους.

10. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

1) Στην ερώτηση πόσο συχνά αντιμετωπίζετε μια επώδυνη κατάσταση δόθηκαν συνολικά 5 διαφορετικές απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Πολύ συχνά.
- Συχνά.
- Μερικές φορές.
- Σπάνια.
- Ποτέ.

Η αναλογία των απαντήσεων είναι η εξής:



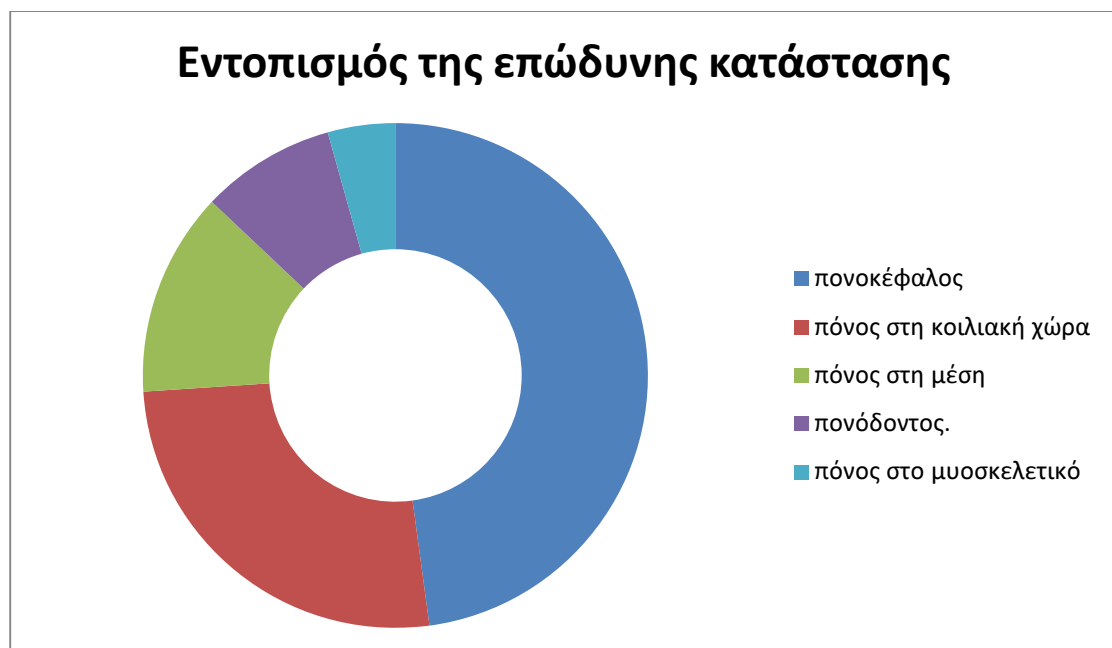
- Με ποσοστό 36,6% νοσηλευτές απάντησαν συχνά.
- Με ποσοστό 33,3% νοσηλευτές απάντησαν σπάνια.
- Με ποσοστό 16,6% νοσηλευτές απάντησαν πολύ συχνά.
- Με ποσοστό 10% νοσηλευτές απάντησαν μερικές φορές.
- Με ποσοστό 3,3% μόλις ένας νοσηλευτής απάντησε ποτέ.

Στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης που αναφέρεται στον εντοπισμό της επώδυνης κατάστασης δόθηκαν συνολικά 5 διαφορετικές απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Πονοκέφαλος.
- Πόνος στη μέση.
- Πόνος στη κοιλιακή χώρα.
- Πόνος του μυοσκελετικού.
- Πονόδοντος.

Οι 7 από τους 30 νοσηλευτές δεν απάντησαν στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης που αναφέρεται στον εντοπισμό της επώδυνης κατάστασης.

Η αναλογία των απαντήσεων είναι η εξής:



- Με ποσοστό 36,6% νοσηλευτές απάντησαν πονοκέφαλο.
- Με ποσοστό 20% νοσηλευτές απάντησαν πόνο στη κοιλιακή χώρα.
- Με ποσοστό 10% νοσηλευτές απάντησαν πόνο στη μέση.
- Με ποσοστό 6,6% νοσηλευτές απάντησαν πονόδοντο.

- Με ποσοστό 3,3% μόλις ένας νοσηλευτής απάντησε πόνο στο μυοσκελετικό

2) Στην ερώτηση σε ποιο χώρο παρουσιάζεται συχνότερα ο πόνος δόθηκαν 4 συνολικά απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

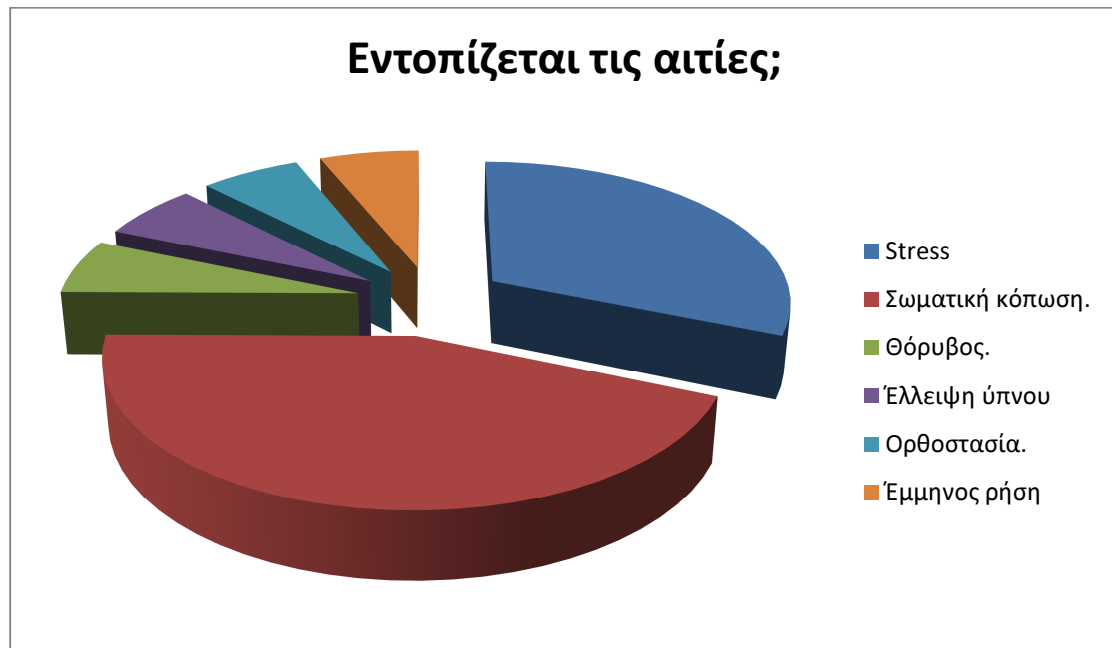
- Στην εργασία.
- Στο σπίτι.
- Το ίδιο και στους δύο χώρους.
- Εξαρτάται.

Η αναλογία των απαντήσεων είναι η εξής:



- Με ποσοστό 50% νοσηλευτές απάντησαν στην εργασία.
- Με ποσοστό 23,3% νοσηλευτές απάντησαν στο σπίτι.
- Με ποσοστό 23,3% νοσηλευτές απάντησαν το ίδιο και στους δύο χώρους.
- Με ποσοστό 3,3% μόλις ένας νοσηλευτής απάντησε εξαρτάται

Στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης που αναφέρεται στις αιτίες που προκαλούν τις επώδυνες καταστάσεις δόθηκαν 6 απαντήσεις. Μόλις 17 από τους 30 νοσηλευτές απάντησαν στο δεύτερο σκέλος της ερώτησης. Οι απαντήσεις με την συγκεκριμένη αναλογία τους είναι οι εξής:



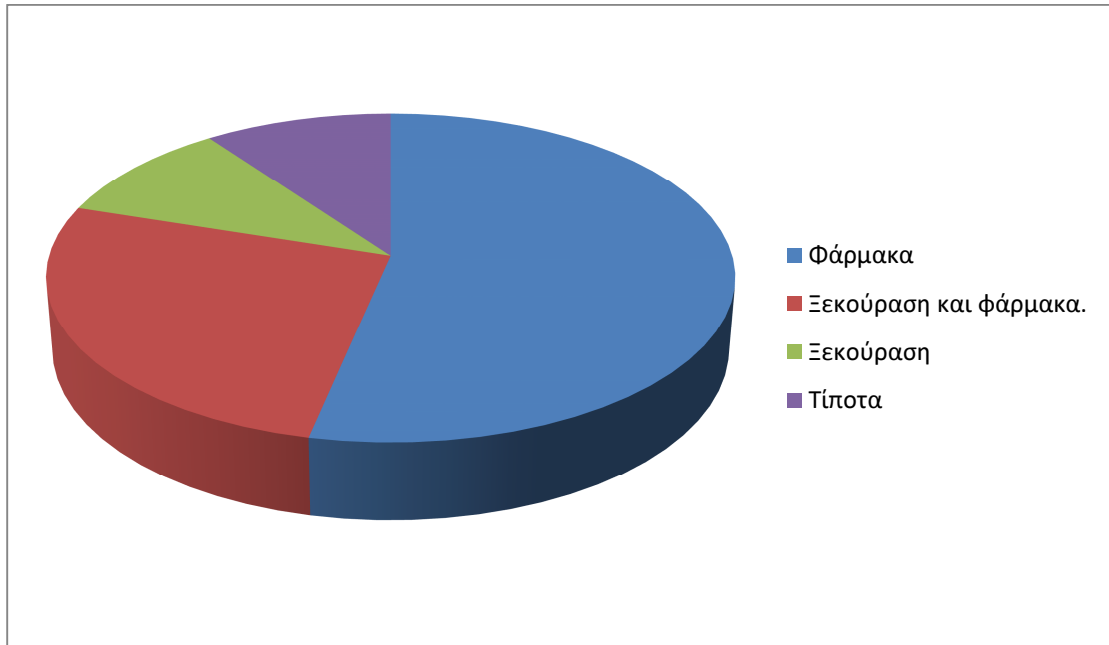
- Stress. Με ποσοστό 16,6% και 5 απαντήσεις.
- Σωματική κόπωση. Με ποσοστό 23,3% και 7 απαντήσεις.
- Θόρυβος. Με ποσοστό 3,3% και 1 απάντηση.
- Έλλειψη ύπνου. Με ποσοστό 3,3% και 1 απάντηση.
- Ορθοστασία. Με ποσοστό 3,3% και 1 απάντηση.
- Έμμηνος ρήση. Με ποσοστό 3,3% και 1 απάντηση.

3) Στην ερώτηση πως αντιμετωπίζετε τον πόνο δόθηκαν συνολικά 4 απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Ξεκούραση και φάρμακα.
- Φάρμακα.

- Ξεκούραση.
- Τίποτα.

Η αναλογία των απαντήσεων είναι η εξής:



- Με ποσοστό 53,3% νοσηλευτές απάντησαν φάρμακα.
- Με ποσοστό 26,6% νοσηλευτές απάντησαν ξεκούραση και φάρμακα.
- Με ποσοστό 10% νοσηλευτές απάντησαν ξεκούραση.
- Με ποσοστό 10% νοσηλευτές απάντησαν τίποτα.

4) Η επόμενη ερώτηση αφορούσε στις μεθόδους που προτιμούν οι νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν τις επώδυνες καταστάσεις.

Δόθηκαν συνολικά 4 διαφορετικές απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Φυσικές και φαρμακευτικές μεθόδους.
- Φαρμακευτικές μεθόδους.
- Φυσικές μεθόδους.
- Εξαρτάται.

Η αναλογία των απαντήσεων είναι η εξής:



- Με ποσοστό 53,3% νοσηλευτές απάντησαν φαρμακευτικές μεθόδους.
- Με ποσοστό 23,3% νοσηλευτές απάντησαν φυσικές και φαρμακευτικές μεθόδους.
- Με ποσοστό 20% νοσηλευτές απάντησαν φυσικές μεθόδους.
- Με ποσοστό 3,3%, μόλις ένας νοσηλευτής απάντησε εξαρτάται.

5) Στην ερώτηση εάν αντιμετωπίζετε τον πόνο με τον ίδιο τρόπο στη δουλειά και στο σπίτι δόθηκαν 3 διαφορετικές απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Με τον ίδιο τρόπο.
- Στο σπίτι με ξεκούραση και στη δουλειά με φάρμακα.
- Περίπου.

Στη συγκεκριμένη ερώτηση η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 80% και 24 απαντήσεις δήλωσε ότι αντιμετωπίζει τον πόνο στο σπίτι με ξεκούραση και στη δουλειά με φάρμακα. 5 νοσηλευτές απάντησαν ότι αντιμετωπίζουν τον

πόνο με τον ίδιο τρόπο στη δουλειά και στο σπίτι με ποσοστό 16,6%, ενώ μόλις ένας νοσηλευτής απάντησε περίπου με ποσοστό 3,3%.

6) Η επόμενη ερώτηση αφορούσε στο χώρο τον οποίο γίνεται πιο εύκολη η λήψη φαρμάκων μεταξύ του εργασιακού χώρου και του σπιτιού. Δόθηκαν συνολικά 4 διαφορετικές απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Στον εργασιακό χώρο.
- Στο σπίτι.
- Το ίδιο και στους δύο χώρους.
- Δεν λαμβάνω.

Σύμφωνα με τις απαντήσεις η πλειοψηφία των νοσηλευτών λαμβάνει πιο εύκολα ένα φάρμακο στην δουλειά με ποσοστό 66,6% και 20 απαντήσεις. Η αμέσως επόμενη απάντηση είναι ότι λαμβάνουν φάρμακα το ίδιο και στους δύο χώρους με ποσοστό 20% και 6 απαντήσεις. 3 νοσηλευτές απάντησαν στο σπίτι με ποσοστό 10% και μόλις ένας νοσηλευτής απάντησε ότι δεν λαμβάνει φάρμακα.

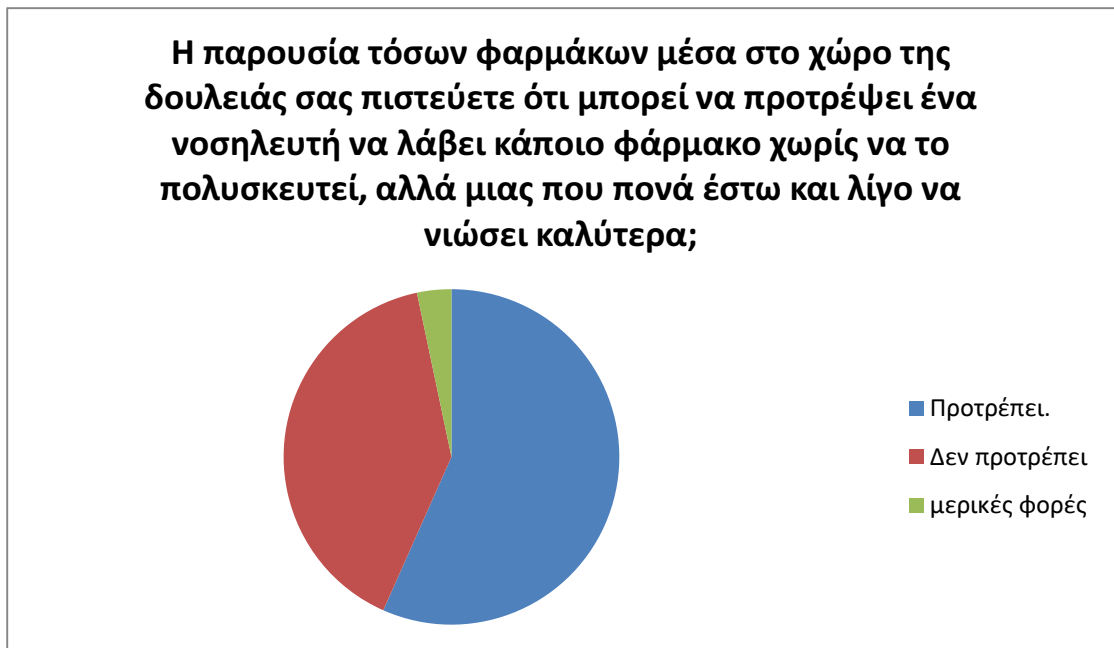
7) Στην επόμενη ερώτηση που αφορά στους λόγους τους οποίους γίνεται πιο εύκολη η λήψη φαρμάκων στη δουλειά, οι νοσηλευτές έδωσαν περισσότερες από μια απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Ανάγκη απόδοσης.
- Ευκολία πρόσβασης.
- Μεγάλη ανάγκη.
- Δεν υπάρχει δυνατότητα ξεκούρασης.
- Δεν λαμβάνω.

8) Στην ερώτηση εάν η παρουσία τόσων φαρμάκων στον εργασιακό χώρο προτρέπει έναν νοσηλευτή να λάβει κάποιο φάρμακο λόγω εύκολης πρόσβασης δόθηκαν 3 απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Ναι προτρέπει.
- Όχι δεν προτρέπει.
- Μερικές φορές.

Η αναλογία των απαντήσεων είναι η εξής:



- Με ποσοστό 56,6% νοσηλευτές απάντησαν ότι προτρέπει.
- Με ποσοστό 40% νοσηλευτές απάντησαν ότι δεν προτρέπει.
- Με ποσοστό 3,3% νοσηλευτής απάντησε μερικές φορές.

Αξίζει να σημειωθεί πως ένας νοσηλευτής απάντησε ότι προτρέπει η παρουσία τόσων φαρμάκων και η εύκολη πρόσβαση σε αυτά για την λήψη τους λόγω ανυπαρξίας ελέγχου.

9) Η τελευταία ερώτηση είχε δύο σκέλη. Το πρώτο σκέλος αφορούσε στο εάν τελικά οι νοσηλευτές κάνουν κατάχρηση σε ορισμένα φάρμακα. Δόθηκαν συνολικά 5 διαφορετικές απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- Ναι κάνουν κατάχρηση.

- Όχι δεν κάνουν κατάχρηση.
- Μερικές φορές.
- Ίσως.
- Δεν γνωρίζω.

Το δεύτερο σκέλος της ερώτησης αφορούσε στους λόγους για τους οποίους γίνεται ή δεν γίνεται κατάχρηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές. Δόθηκαν πολλές και διάφορες απαντήσεις οι οποίες είναι οι εξής:

- 1) Γίνεται κατάχρηση
 - για ψυχολογικούς λόγους.
 - λόγω ανάγκης απόδοσης.
 - λόγω εύκολης πρόσβασης
 - λόγω γνώσεων.
 - λόγω έλλειψης γνώσεων.
 - από συνήθεια.
 - λόγω φόρτου εργασίας.
- 2) Δεν γίνεται κατάχρηση λόγω γνώσεων.
- 3) Μερικές φορές λόγω εύκολης πρόσβασης.
- 4) Ίσως.
- 5) Δεν γνωρίζω.

11. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων προκύπτουν τα παρακάτω συμπεράσματα:

Οι νοσηλευτές βιώνουν αρκετά συχνά μια επώδυνη κατάσταση και επικρατέστερη είναι ο πονοκέφαλος. Αναφορικά οι απαντήσεις είναι

- Πονοκέφαλος.
- Πόνος στη μέση.
- Πόνος στη κοιλιακή χώρα.
- Πόνος του μυοσκελετικού.
- Πονόδοντος.

Το αξιοσημείωτο είναι ότι το 70% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως η επώδυνη κατάσταση παρουσιάζεται συχνότερα στην εργασία και τα κύρια αίτια είναι η σωματική κόπωση και το stress. Επομένως προκύπτει ότι είναι αποτέλεσμα των επιπτώσεων του νοσηλευτικού επαγγέλματος στην υγεία των νοσηλευτών (φόρτος εργασίας, κυκλικό ωράριο εργασίας, έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού).

Οι απαντήσεις για την αντιμετώπιση των επώδυνων καταστάσεων φανερώνει τις στρατηγικές των νοσηλευτών που ακολουθούν:

- 16 νοσηλευτές απάντησαν φάρμακα.
- 8 νοσηλευτές απάντησαν ξεκούραση και φάρμακα.
- 3 νοσηλευτές απάντησαν ξεκούραση.
- 3 νοσηλευτές απάντησαν τίποτα.

Επιπλέον οι μέθοδοι που ακολουθούν είναι κυρίως φαρμακευτικές όπως προκύπτουν από τα αποτελέσματα

- 16 νοσηλευτές απάντησαν φαρμακευτικές μεθόδους.
- 7 νοσηλευτές απάντησαν φυσικές και φαρμακευτικές μεθόδους.
- 6 νοσηλευτές απάντησαν φυσικές μεθόδους.
- μόλις ένας νοσηλευτής απάντησε εξαρτάται.

Οι συμπεριφορές των νοσηλευτών μέχρι στιγμής αποτελούν πρόσφορο έδαφος στο να δημιουργηθεί και να αναπτυχθεί εθισμός στα φάρμακα που με τόση ευκολία καταναλώνουν οι νοσηλευτές.

Οι παραπάνω στρατηγικές που ακολουθούν οι νοσηλευτές έρχονται σε αντίθεση ανάμεσα στο εργασιακό περιβάλλον και το σπίτι. Πιο συγκεκριμένα η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 80% εκ των ερωτηθέντων δήλωσε ότι αντιμετωπίζει τον πόνο στο σπίτι με ξεκούραση και στη δουλειά με φάρμακα. Επομένως, το παραπάνω συμπέρασμα οφείλεται στην ανάγκη των νοσηλευτών για άμεση ανακούφιση από την επώδυνη κατάσταση προκειμένου να ανταπεξέλθουν στον εργασιακό χώρο.

Η λήψη ενός φαρμάκου είναι πιο εύκολη στον εργασιακό χώρο παρά στο σπίτι. Οι κυριότεροι λόγοι είναι η ανάγκη απόδοσης και η ευκολία πρόσβασης σε αυτά. Επιπλέον η παρουσία τόσων φαρμάκων στον εργασιακό χώρο προτρέπει έναν νοσηλευτή να λάβει κάποιο φάρμακο. Έτσι εάν κάποιος νοσηλευτής ο οποίος έχει προβλήματα υγείας και καταναλώνει παυσίπονα ή αντιβιοτικά έχει πολλές πιθανότητες να εθιστεί.

Αξίζει να σημειωθεί πως ένας νοσηλευτής απάντησε ότι η παρουσία τόσων φαρμάκων και η εύκολη πρόσβαση σε αυτά προτρέπει την λήψη τους λόγω ανυπαρξίας ελέγχου. Κάποια άλλη νοσηλεύτρια ανέφερε πως η κατάχρηση οφείλεται εν μέρει στο ότι αυτό έχουν συνηθίσει να κάνουν, δηλαδή να δίνουν συνεχώς φάρμακα στους ασθενείς. Από αυτό προκύπτουν φυσικά και άλλα ερωτηματικά που έχουν να κάνουν τελικά με το πώς διαχειρίζονται οι νοσηλευτές τον πόνο των ασθενών.

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι πως με την έλλειψη του ελέγχου, η πρόσβαση στα φάρμακα γίνεται άμεση και η κατανάλωση ανεξέλεγκτη. Άρα δεν υπάρχει η δυνατότητα στον εργασιακό χώρο να προφυλαχθεί κάποιος νοσηλευτής που είναι εθισμένος σε αυτά. Επομένως μόνο οι συνάδελφοι του μπορούν να τον προστατέψουν από την εξάρτηση.

Στην τελευταία ερώτηση που αφορά στο εάν τελικά οι νοσηλευτές κάνουν κατάχρηση φαρμάκων και για ποιους λόγους το 60% των ερωτηθέντων απάντησε ότι οι νοσηλευτές κάνουν κατάχρηση φαρμάκων και οι λόγοι είναι οι εξής:

- για ψυχολογικούς λόγους.
- λόγω ανάγκης απόδοσης.
- λόγω εύκολης πρόσβασης
- λόγω γνώσεων.
- λόγω έλλειψης γνώσεων.
- από συνήθεια.
- λόγω φόρτου εργασίας.

Η έλλειψη γνώσεων και η πρωτοβουλία τακτικής χορήγησης φαρμάκων είναι ένας επικίνδυνος συνδυασμός που μπορεί να επιφέρει βλαβερές καταστάσεις.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι ερευνητικές υποθέσεις επιβεβαιώθηκαν και από την ερευνητική διαδικασία. Πράγματι η εύκολη πρόσβαση οδηγεί μερικούς στην κατάχρηση η οποία όμως δεν φτάνει σε σημείο εξάρτησης και σε πιο ισχυρές ουσίες.

Σε αντίθεση λοιπόν με τη διεθνή βιβλιογραφία, στην παρούσα εργασία δεν εντοπίστηκαν περιστατικά εθισμού, αλκοολισμού κ.α. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η έρευνα δεν είχε ιδιαίτερα μεγάλο δείγμα, αν και προσωπική άποψη των συγγραφέων είναι πως η κουλτούρα και το κοινωνικό προφίλ του επαγγέλματος στην Ελλάδα δεν συμβαδίζει με την εικόνα της κατάχρησης ουσιών από αυτή την επαγγελματική ομάδα. Η ύπαρξη όμως τέτοιων περιστατικών σε κλινικές εκτός Ελλάδος έχει αναγκάσει τις διοικήσεις των νοσοκομείων να λάβουν μέτρα στην περίπτωση που ένας νοσηλευτής κάνει κατάχρηση ουσιών.

Ορισμένες κλινικές έχουν εντολή να ερευνούν κάθε καταγγελία των νοσηλευτών, ενώ κάποιες άλλες το αφήνουν αυτό στη διακριτική ευχέρεια του διοικητικού συμβουλίου της νοσηλευτικής. Οι νοσηλευτές μπορούν να βρεθούν και στα δικαστήρια για την συμπεριφορά τους, έτσι όμως έχουν την ευκαιρία να απαντήσουν στους ισχυρισμούς και τα συμπεράσματα των δικαστών. Η δίκη μπορεί να γίνει με ή χωρίς νομική εκπροσώπηση.

Επίσης σε ορισμένες περιπτώσεις είναι απαραίτητο ένας νοσηλευτής να έχει εκπροσώπηση από δικηγόρο, γιατί οι απαντήσεις των νοσηλευτών θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν εναντίον τους κατά τη διάρκεια της δίκης. Οι ανακριτές θα επικοινωνήσουν με τους μάρτυρες για τις απαραίτητες πληροφορίες, καθώς επίσης και να λάβουν έγγραφα και ιατρικά αρχεία αν το κρίνουν απαραίτητο. Αν οι ανακριτές είναι πεπεισμένοι ότι η κατάσταση μπορεί να αποδείξει την ενοχή του, θα απαγγελθούν κατηγορίες.

Όταν μια απόφαση καθίσταται, ο νοσηλευτής έχει το δικαίωμα να ασκήσει έφεση. Οι νοσηλευτές πρέπει να προστατεύονται από αντεγκλήσεις, αναπόδεικτες αξιώσεις και αβάσιμες χρεώσεις. Η διαδικασία της έφεσης, ωστόσο, περνά μέσα από το σύστημα πολιτικής του δικαστηρίου, το οποίο απαιτεί ο δικηγόρος του νοσηλευτή για την προετοιμασία των εγγράφων που θα χρησιμοποιηθούν κατά της διάρκειας της δίκης.

Οι νοσηλευτές μπορούν να θεωρηθούν ότι έχουν παραβιάσει τα εργασιακά τους καθήκοντα και να βρεθούν ένοχοι για αντισυμβαλλοματική ή ανήθικη συμπεριφορά. Κυρώσεις και πειθαρχικά μέτρα μπορούν να επιβληθούν, τα οποία περιλαμβάνουν πρόστιμα, επιπλήξεις, προσωρινή παύση ή ανάκληση της άδειας για τη νοσηλευτική άσκηση. Η πιο συνηθισμένη πειθαρχική δίωξη για τους νοσηλευτές για εξάρτηση από ουσίες είναι η αναστολή αδειών.

Μιας και η πολυφαρμακία είναι μία κατάσταση που παρουσιάζεται και στο γενικό πληθυσμό (μέσα στον οποίο άλλωστε ανήκουν και οι νοσηλευτές), αξίζει να αναφερθούν τα παρακάτω μέτρα που αφορούν την πρόληψή της. Άλλωστε οι νοσηλευτές δεν έχουν την επιστημονική κατάρτιση ώστε να κρίνουν την αναγκαιότητα της λήψης ενός φαρμάκου. Τοποθετούνται λοιπόν

στα πλαίσια του γενικού πληθυσμού και θεωρείται και γι' αυτούς επιβεβλημένο να λαμβάνουν τη γνώμη του θεράποντα ιατρού τους.

Μερικές από τις συμβουλές για την αποφυγή της πολυφαρμακίας είναι:

- Να διαβάζουν πάντα τις ετικέτες. Μπορεί να προειδοποιούν για πιθανές παρενέργειες.
- Να πηγαίνουν σε ένα μόνο φαρμακείο για την εκτέλεση των συνταγών.
- Να μαθαίνουν τα φάρμακα με τις ονομασίες τους καθώς και τις ενδείξεις τους.
- Να κάνουν ένα κατάλογο με τα φάρμακα που παίρνουν καθώς επίσης τα φυτικά προϊόντα, τις βιταμίνες, τις ομοιοπαθητικές θεραπείες και τα συμπληρώματα. Η λίστα αυτή να ενημερώνεται μετά από κάθε επίσκεψη σε γιατρό.
- Να έχουν πάντα μαζί τους αυτή την λίστα όταν επισκέπτονται τον γιατρό και μαζί και τα κουτιά των φαρμάκων.
- Εάν επισκέπτονται περισσότερο από έναν γιατρό, να επιβεβαιώνουν ότι ο καθένας από αυτούς γνωρίζει τι συνταγογραφεί ο άλλος.
- Να ζητούν από τον καθένα γιατρό ή τον φαρμακοποιό να εξετάζουν τις πιθανές αλληλεπιδράσεις των φαρμάκων για να προσδιορίζουν τυχόν προβλήματα ιδιαίτερα αν παίρνουν πάνω από 5 διαφορετικά φάρμακα.
- Να μην παίρνουν ποτέ ένα φάρμακο πριν συμβουλευτούν τον φαρμακοποιό τους για τυχόν παρενέργειες και αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα.
- Να ενημερώνονται για τα φάρμακα που παίρνουν, να ζητούν πληροφορίες από τον γιατρό και τον φαρμακοποιό τους.¹⁵

12. ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην εποχή μας η κατάχρηση ουσιών είναι ένα πολύ συνηθισμένο φαινόμενο. Οι διάφορες επώδυνες καταστάσεις που επικρατούν ωθούν τον πληθυσμό στην χρήση διαφόρων φαρμάκων. Η χρήση τους γίνεται από άτομα διάφορων ηλικιών, κυρίως από ηλικιωμένους και για διάφορους λόγους.

Τα τελευταία χρόνια οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν όλο και περισσότερα σοβαρά προβλήματα υγείας. Στην προσπάθειά τους να νιώσουν καλύτερα και να χαλαρώσουν συχνά καταφεύγουν στην χρήση φαρμάκων. Μπορούν να καταφύγουν σε αυτά είτε για συναισθηματικούς λόγους, είτε για να ανακουφιστούν από τον έντονο πόνο, είτε από συνήθεια. Η χρήση διαφόρων φαρμάκων γίνεται ακόμα και από νοσηλευτές και ο κύριος λόγος είναι η έλλειψη γνώσεων για την δράση τους αλλά και η ευκολία στην πρόσβασή τους. Βέβαια, σε αυτό συμβάλει και το ότι η τεχνολογία έχει αναπτυχθεί τόσο πολύ που η αναζήτηση και η αγορά διάφορων φαρμάκων μπορεί πια να γίνεται και μέσω internet. Αυτές όμως οι καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν τον εθισμό σε διάφορες ουσίες χωρίς να το καταλάβουμε.

Έτσι, θα πρέπει να ενημερωθούμε σωστά και να αποκτήσουμε τις απαραίτητες γνώσεις για την χρήση, την δράση των φαρμάκων καθώς και για τις συνέπειές τους και να μην καταφεύγουμε σε αυτά ως εύκολη λύση με την πρώτη ευκαιρία που θα μας δοθεί. Μπορούμε, όμως, να είμαστε πιο προσεκτικοί, ακόμα και να καταφύγουμε σε άλλες μεθόδους οι οποίες θα είναι εξίσου το ίδιο αποτελεσματικές .

13. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

- 1) Πόσο συχνά αντιμετωπίζετε μια επώδυνη κατάσταση και που εμφανίζεται συμπτώματα;
- 2) Παρουσιάζεται ο πόνος συχνότερα στο σπίτι ή στην εργασία σας και που εντοπίζεται τις αιτίες του πόνου;
- 3) Πως αντιμετωπίζεται τον πόνο; Με ξεκούραση ή με φάρμακα;
- 4) Ποιες μεθόδους προτιμάτε τις φαρμακευτικές ή τις φυτικές;
- 5) Αντιμετωπίζετε τον πόνο με τον ίδιο τρόπο στη δουλειά και στο σπίτι;
- 6) Πότε πιστεύεται πως λαμβάνεται ευκολότερα φάρμακα στον εργασιακό χώρο ή στο σπίτι;
- 7) Για ποιόν λόγο πιστεύεται πως γίνεται πιο εύκολη η λήψη φαρμάκων στην δουλειά, ανάγκη απόδοσης, ή ευκολία πρόσβασης;
- 8) Η παρουσία τόσων φαρμάκων στον εργασιακό χώρο προτρέπει έναν νοσηλευτή να λάβει κάποιο φάρμακο χωρίς να το πολυσκεφτεί αλλά μιας και πονάει έστω και λίγο να νοιώσει καλύτερα λόγω εύκολης πρόσβασης;
- 9) Κατά την γνώμη σας γίνεται ή δεν γίνεται κατάχρηση φαρμάκων από τους νοσηλευτές και για ποιους λόγους οι νοσηλευτές πιστεύεται πως κάνουν κατάχρηση φαρμάκων;

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1) Psychiatry (2009) Σχετικά με την κατάχρηση ουσιών
www.psychiatry24x7.gr/bgdisplay.jhtml?itemname=substance
- 2) Newinka(2009) Πολυφαρμακία
www.newinka.gr/consumer.php?...185&version=gr
- 3) Κωνσταντίνος Βαρσαμίδης(2001) Φυσιολογία του ανθρώπου/ University Studio Press/ Σελ.75/ Η αίσθηση του πόνου.
- 4) HoMed. Αντιμετώπιση του πόνου.
www.hospitalathome.gr/PagesGreek/Iatrika/ArthraG/Ponos9c.htm
- 5) Health News.(2001) Πόνος και αναλγητικά φάρμακα: Τι πρέπει να προσέξετε <http://health.in.gr/narticle.asp?arcode>.
- 6) FIRTH-COZENS J.(1997) Depression in doctors. In: Robertson MM, Catona CLE (eds) Depression and physical illness. J Wiley & Sons Ltd, Cichester, :95–111
- 7) PILOWSKI L, O’SULLIVAN G.(1989) Mental illness in doctors. Br Med J, 298:269–270
- 8) REUBEN DB.(1985) Depressive symptoms in medical house officers. Effects of level of training and work rotation. Arch Intern Med, 145:286–288
- 9) NORTH CS, RYALL JE.(1997) Psychiatric illness in female physicians. Are high rates of depression an occupational hazard? Postgrad Med J , 101:233–236
- 10) PUSCHEL K, SCHALINSKI S.(2006) Not enough help for themselves – the risk of physicians to commit suicide. Arch Kriminol,218:89–99
- 11) DONALDSON L.(1994) Sick doctors: A responsibility to act. Br Med J, 309:557–558
- 12) STEPPACHER RC, MAUSNER JS.(1974) Suicide in male and female physicians. JAMA, 228:323–328
- 13) BISSELL L, JONES RW.(1976) The alcoholic physician: A survey. Am J Psychiatry, 133:1142–1146

- 14) REUBEN D.(1983) Psychologic effects of residency. South Med J, 76:380–383
- 15) RICHMAN JA.(1992) Occupational stress, psychological vulnerability and alcohol related problems over time in future physicians. Alcoholism, 16:166–171
- 16) RICHMAN JA.(1992) Occupational stress, psychological vulnerability and alcohol related problems over time in future physicians. Alcoholism, 16:166–171
- 17) everything you'd love to know (2006) Drug Abuse among Nurses http://addiction.lovetoknow.com/wiki/Drug_Abuse_among_Nurses Jennifer Chait
- 18) Hubpages Substance Abuse Among Nurses <http://hubpages.com/hub/Substance-Abuse-Among-Nurses>
- 19) Pillon SC, Luis MA, Laranjeira R. (2003)Nurses' training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo. Mar-Apr;58(2):119-24. Epub Jun 25.
- 20) Bnet2005Substance abuse among nurses defining the issuehttp://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_4_82/ai_n15754444/
- 21) Agws(2009) Κοινωνικού Επιμορφωτή σε θέματα Ναρκωτικών(Αυστραλοελληνική Κοινωνική Πρόνοια) www.agws.com.au/Drug/Docs/G3.doc
- 22) Patrassoul. /(2009) Τι είναι ο εθισμός (εξάρτηση) www.patrassoul.gr/content/view/1009/1/lang,el/
- 23) Psychology(2009). Ο μηχανισμός της Εξάρτησης <http://www.psychology.gr/addictions/407-addiction>
- 24) E-steki.(2009) Η φυσιολογία της εξάρτησης www.e-steki.gr/showthread.php?t=20895.
- 25) Vita.(2008) Από πότε μία συνήθεια γίνεται εξάρτηση www.vita.gr.
- 26) Web4health. (2007) Τι αποκαλείται εξάρτηση <http://web4health.info/el/answers/add-gen.htm>

- 27) CAPLAN RP.(1994) Stress, anxiety, and depression in hospital consultants, general practitioners and senior health service managers. Br Med J, 309:1261–1263
- 28) PARTHASARATHY S.(2005) Sleep and medical profession. Curr Opin Pulm Med, 11:507–512
- 29) STANTON J, CAAN W.(2003) How many doctors are sick? Br Med J, 326:S97
- 30) STRANG J, WILKS M, WELLS M, MARSHALL J.(1998) Missed problems and missed opportunities for addicted doctors. Br Med J, 316:405–406
- 31) Hagemaster JN. (1991) Alcohol and other drug abuse. Current perspectives for occupational health nurses. AAOHN J. 1991 Oct;39(10):456-60.